

# **UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina



## **TESIS DOCTORAL**

### **Detección y clasificación del maltrato, la negligencia, y el abuso en pacientes mayores : propuestas de actuación preventiva**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Carmen Sánchez Castellano**

Directores

José Manuel Ribera Casado  
María Castellano Arroyo  
Alfonso José Cruz Jentoft

**Madrid, 2014**



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

“DETECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL  
MALTRATO, LA NEGLIGENCIA, Y EL  
ABUSO EN PACIENTES MAYORES:  
PROPUESTAS DE ACTUACIÓN  
PREVENTIVA”

CARMEN SÁNCHEZ CASTELLANO

DIRECTORES: José Manuel Ribera Casado

María Castellano Arroyo

Alfonso José Cruz Jentoft

A la memoria de mi padre, que me inculcó la vocación por la Medicina, y de mi hermano, que me enseñó a ver la enfermedad a través de los ojos del paciente, mientras la afrontaba con la mayor alegría y aceptación.

Para mi marido Juan Antonio y mis hijas, Celia y Paula, motor de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero comenzar por agradecer todo su esfuerzo y abnegación a María Castellano, porque a una madre como ella se le debe casi todo lo que uno es, y por haber sido quien motivara mi interés por el estudio de los malos tratos y mantuviera incandescente este trabajo tantos años (tan difíciles). Ella ha codirigido esta tesis, lo que no es sencillo cuando al doctorando te une una relación tan personal.

Mi mayor gratitud también para mi marido, Juan Antonio, sin cuyo apoyo y comprensión este trabajo no hubiera sido posible.

Al Profesor Jose Manuel Ribera Casado y al Dr. Alfonso Cruz Jentoft, a quienes les debo que esta tesis sea ya una realidad, y no sólo eso. A ellos les debo también la mayor parte de mis conocimientos en Geriátría; mis años de trabajo junto a ellos me han aportado la formación investigadora, además de lo que debe ser un comportamiento profesional atento al respeto hacia el paciente y a su dignidad como persona. Mi reconocimiento público hacia ellos.

También mi gratitud a los que, siendo discípulos del Profesor Ribera, han sido mis maestros a lo largo de estos años de formación.

Mi gratitud, también para una de las personas que más me alentó a seguir con mi trabajo; Begoña Gutiérrez, trabajadora social del Servicio de Geriátría del Hospital Ramón y Cajal; su colaboración en el análisis de los aspectos sociales de los pacientes y del maltrato ha sido muy valiosa, así como su valoración final. Igualmente, mi agradecimiento para Pilar Fabregat (enfermera del PADES de Tortosa), Mario de la Torre (gestor de la información en el Hospital San Rafael de Granada) y a M<sup>a</sup> José Molina Garrido (oncóloga del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca); todos ellos me aportaron su granito de arena, desde sus respectivas responsabilidades.

Muy importante ha sido también el apoyo de los directores médicos de todos los centros donde trabajé tras terminar mi formación especializada. Afrontar un tema que no siempre es del agrado de los responsables exige siempre su colaboración; en especial quiero agradecer su amistad y respaldo a Esther Martínez Almazán y a Javier García Monlleó.

También recuerdo en estas líneas a los compañeros y amigos que siempre han estado cerca, para colaborar en este trabajo, cuando han podido hacerlo, y

para animarme y ser el estímulo para seguir adelante con esta tarea o en las circunstancias difíciles, especialmente a los que, en la recta final de esta tesis, me dieron los consejos y ayuda que necesitaba.

Todos los pacientes que han participado en este trabajo merecen un reconocimiento especial, los que contestaron a la encuesta, los que con el sufrimiento que proporciona el maltrato enriquecieron mis conocimientos para comprender mejor el problema, abordarlo y poder así ayudar a otros en el futuro.

No quiero terminar sin agradecerle a mi hermana todo lo que ha significado para mí tenerla cerca siempre (aún en la lejanía física). Ella ha sido y sigue siendo mi gran amiga y un ejemplo a seguir. Y un recuerdo especial para el resto mi familia, todos son importantes para mí y, de alguna manera, han contribuido a que este trabajo vea la luz.

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	3
JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO Y DEL PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA TESIS	5
<b>II. ACTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA</b>	11
<b>1. CONCEPTO Y TIPOS DE NEGLIGENCIA, MALTRATO Y ABUSO</b>	12
II.1.A. MALTRATO	14
II.1.B. NEGLIGENCIA	16
II.1.C. ABUSO	18
II.1.D. VIOLACIÓN DE DERECHOS	19
EL ANCIANO COMO SUJETO ACTIVO DE DELITOS EN EL MEDIO FAMILIAR	20
<b>2. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES</b>	22
II.2.A. DAÑO FÍSICO	23
II.2.B. DAÑO PSÍQUICO	24
<b>3. CONTEXTO EN QUE SE PRODUCE EL MALTRATO Y LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA A LOS MAYORES</b>	25
II.3.A. CONTEXTO EN QUE SE PRODUCE EL MALTRATO	26
II.3.B. CONTEXTO EN QUE SE PRODUCE LA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA EN ESPAÑA A LAS PERSONAS MAYORES	30
<b>4. DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN ANCIANA EN ESPAÑA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO SOBRE EL ANCIANO</b>	36
II.4.A. DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA	36
II.4.B. EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO SOBRE LOS MAYORES EN ESPAÑA	37
<b>5. RESPUESTA AL PROBLEMA: REGULACIÓN LEGAL EN ESPAÑA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SOBRE LOS MAYORES</b>	45
II.5.A. REGULACIÓN LEGAL EN ESPAÑA	45
II.5.B. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SOBRE LOS MAYORES EN ESPAÑA	53

<b>III. APORTACIÓN PERSONAL</b>	71
1. HIPÓTESIS DE TRABAJO	72
2. OBJETIVOS	73
3. MATERIAL Y MÉTODOS	74
III.3.A. MUESTRAS	74
III.3.B. ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA	76
III.3.C. VARIABLES	78
III.3.D. MÉTODO ESTADÍSTICO	80
4. RESULTADOS	82
III.4.A. ESTUDIO DE PREVALENCIA	82
III.4.B. VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA	87
III.4.C. USO DE LA ENCUESTA	93
5. DISCUSIÓN	96
III.5.A. DATOS DE PREVALENCIA	97
III.5.B. ENCUESTA, HERRAMIENTA DE CRIBADO	100
III.5.C. TIPOS DE MALTRATO Y FACTORES DE RIESGO	102
III.5.D. CRÍTICAS Y PUNTOS DÉBILES	106
6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PROPUESTO	108
7. CONCLUSIONES	111
<b>IV.BIBLIOGRAFIA</b>	112
<b>V. ANEXO: CASUÍSTICA DE VIOLENCIA CONTRA PERSONAS MAYORES</b>	127



# INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es una realidad palpable en nuestra sociedad. Las personas mayores constituyen el segmento de población que está creciendo más rápidamente a lo largo de todo el mundo **(1)**. La esperanza de vida media al nacer en España en 1900 se establecía en torno a los 34 años para los hombres y 36 para las mujeres; estos valores, un siglo después se habían multiplicado por dos y medio **(2)**; algo similar ha ocurrido en el resto de países europeos y a ello han contribuido diferentes factores entre los que se encuentran los avances tecnológicos en materia de salud y nutrición, pero, sobre todo, en higiene y el resto de medidas vinculadas a la prevención.

La pirámide de población en España se está modificando hasta adquirir una forma romboidal. Ello se debe no sólo a la mayor longevidad sino también a la llamativa disminución en las tasas de natalidad **(3)**. Sólo en la Comunidad de Madrid la tasa bruta de natalidad ha descendido del 21,21 en 1975 al 11,38 en 2011 y la edad media de defunción ha aumentado, en los hombres, de 61,8 (1975) a 72 años (2003), siendo aún mayor la diferencia en las mujeres **(4)**.

Éstos y otros datos ofrecen un panorama de envejecimiento poblacional en aumento y así se prevé que continúe a lo largo de los próximos años **(5)**. Todo esto en una sociedad que cada vez ofrece mayores dificultades a este grupo de población desde el ámbito familiar y social debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral y al crecimiento de las ciudades con despoblación del medio rural, entre otros factores.

La dignidad de persona no merma con el pasar de los años o con el deterioro de la salud física y psíquica, pero asumir esto resulta complicado en el marco de una cultura que no supera determinados estereotipos sociales y que asocia el valor de la persona con la juventud, la eficiencia, la vitalidad física y la plena salud. Así es fácil que se margine al anciano y se le relegue a una “muerte social”. De esta falta de valoración social derivan situaciones de maltrato, como manifestación extrema de esta discriminación y menosprecio.

Los informes de los países que participaron en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid, 2002) coincidían en señalar que la violencia contra los mayores es generalizada, no se denuncia y tiene costes económicos y humanos muy altos **(6)**.

La atención a este problema se ha incrementado desde principios de los años ochenta gracias a una creciente preocupación por los derechos humanos, lo que garantiza, por una parte, que se establezca un marco legal para dar respuesta a las cuestiones sobre maltrato y discriminación y, por otra, ayuda a combatir los abusos económicos de que es víctima este colectivo. En ese sentido, han sido muy importantes como apoyo el trabajo de la Red Internacional para la prevención del Maltrato al anciano (INPEA) y la contribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores fue una **Llamada a la Acción** que se realizó desde la OMS en el año 2002, para conseguir una reflexión y toma de conciencia a nivel mundial, de forma que se afrontaran los problemas que plantea el abordaje del maltrato. Un enfoque que incluye poner en consideración la falta de marcos legales, el abordaje desde la multidisciplinariedad, la implicación de los profesionales sanitarios y de los ámbitos políticos, la educación e información. Todo ello, muy escaso todavía.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO Y DEL PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA TESIS**

El problema de los malos tratos a las personas mayores ha estado desde hace años entre mis principales intereses. Primero desde la perspectiva clínica, ya que el anciano víctima de maltrato lo manifiesta en su salud física y mental. En segundo lugar, desde la perspectiva ética que obliga a buscar lo más favorable, lo mejor para cada paciente, personalizando el caso. Y, en tercer lugar, desde la perspectiva legal, ya que esta situación tiene legislación específica que agrava las penas al tratarse de víctimas especialmente vulnerables.

En un primer momento mi objetivo fue elaborar una encuesta de detección del maltrato en mayores, sencilla, sobre la base de otras encuestas dirigidas a detectar violencia familiar y, específicamente, hacia la mujer. Se trataba de sacar a la luz un problema muchas veces oculto y, por tanto, de magnitud difícil de cuantificar. El contenido de este trabajo se fue desarrollando en paralelo a mi actividad profesional, que, una vez concluida la formación especializada,

comenzó como médico adjunto en el Hospital de la Santa Creu de Tortosa. Los datos que recogí en esta etapa correspondían a pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria.

Posteriormente, trabajando en Granada, en un hospital de media y larga estancia, utilicé esa misma encuesta, aún no validada, para detectar la sospecha de maltrato en esta población. Además, para adquirir una mejor comprensión de la magnitud y características del maltrato, realicé una recopilación de casos confirmados de maltrato, en los que se había producido una denuncia en el juzgado. Pertenecer al equipo consultor para la valoración pericial de estos casos (Unidad de valoración de violencia familiar. Departamento de Medicina Legal. Universidad de Granada) me permitió analizarlos en profundidad.

Fue en la tercera etapa, ya en Madrid, cuando pude abordar este trabajo de una forma global, para lo cual el primer paso era hacer una validación sistemática de la encuesta como instrumento para la detección de maltrato. Dada la inexistencia de un instrumento estándar con el que compararla, estudié, junto con la trabajadora social del Servicio de Geriátrica, un grupo de pacientes buscando en todos la sospecha de maltrato siguiendo un método de detección establecido (valoración multidisciplinar). Seguidamente, teniendo en cuenta la prevalencia de maltrato encontrada en ese grupo de pacientes, calculé el tamaño muestral necesario para poder obtener una muestra representativa, de similares características al primer grupo, en la que poder aplicar la encuesta, para validarla como instrumento único breve de detección del maltrato.

Quiero destacar que las distintas fases de la recopilación de datos han hecho complejo el planteamiento del estudio, porque aunque todo guarda relación entre sí, el enfoque ha sido ligeramente distinto según el momento profesional en que me encontraba.

Presento como un anexo el apartado “casuística de violencia”, correspondiente a mi etapa de Granada, que consiste en una descripción de casos. Pese a ello, considero interesante mantener este apartado porque lo llevé a cabo cuando ya estaba investigando a fondo el tema y mis conocimientos sobre la patología del mayor me permitían ayudar a enfocar mejor los casos denunciados

judicialmente como maltrato. Esta experiencia clínica y legal, centrada en el estudio de las características de los casos y de los motivos que llevaron al desarrollo de una violencia tan grave que terminó en denuncia, me posibilitó a posteriori identificar factores de riesgo sobre los que actuar, antes de que los casos sospechosos pudieran evolucionar a este tipo de violencia más severa.

Todo ello hace que el trabajo de investigación que he denominado “Aportación Personal” cuente finalmente con estos cuatro apartados: a) la “casuística de violencia” recogida durante mi etapa en Granada; b) la muestra de pacientes recogida a lo largo de un año y evaluada junto con la trabajadora social en el hospital Ramón y Cajal de Madrid; c) la muestra de pacientes en los que utilicé la encuesta breve de detección, para la validación de la misma; d) el análisis completo con los datos de todas las encuestas que había realizado previamente a la validación (en Tortosa y Granada), para saber si existían diferencias en los resultados entre los distintos niveles asistenciales en los que se aplicó.

Los malos tratos a las personas mayores han sido poco estudiados. Se sospecha que son muy prevalentes, si bien son poco denunciados tanto por los profesionales como por los familiares y por los propios sujetos. Su importancia clínica es evidente, al constituir un problema de salud. También lo es su dimensión médico-legal, ya que ha requerido normativa específica. Por último, no podemos olvidar la relevancia social y ética, que debe ser tanto más cuidadosa cuanto más vulnerable es la persona a la que se dirige.

En definitiva, los motivos por los que he elegido abordar el problema del maltrato a los mayores como objeto de Tesis Doctoral han sido los siguientes:

1. Es un aspecto fundamental de la asistencia geriátrica.
2. Tiene una gran influencia en la salud y en el bienestar de los pacientes de edad avanzada.
3. Considero importante difundir y potenciar el respeto a la dignidad de las personas, en especial en el caso de las más vulnerables, sensibles y desvalidas como sucede con los pacientes mayores.
4. Aunque el interés científico por el maltrato hacia las personas ancianas, en sus diversas formas, está creciendo rápidamente, aún no disponemos de suficientes datos e instrumentos precisos y

referidos a poblaciones concretas para abordarlo adecuadamente en toda su complejidad.

5. Existen estudios que demuestran que quienes con más frecuencia detectan y registran los malos tratos a ancianos son los trabajadores sociales, pero también registran casos, aunque en menor proporción, los enfermeros y, menos aún, los profesionales médicos. Sin embargo, encuestas dirigidas a la población de más edad indican que si tuvieran que contar a alguien que sufren circunstancias de maltrato, lo harían a su médico el 85%, seguido de la confianza que depositan en su confesor y, a mucha distancia, los que denunciarían ante un policía (7). Por eso, entiendo que los médicos debemos esforzarnos por ser los primeros responsables en detectar el problema, ya que estamos en una situación privilegiada para ello.

Hace relativamente poco tiempo (en 2004) la *U.S. Preventive Services Task Force* encontró que no había estudios que examinaran el uso de cuestionarios de cribado por médicos, para detectar la violencia familiar hacia mayores y mujeres (8). En consecuencia, no existía suficiente evidencia científica como para recomendar la detección sistematizada a los pacientes para violencia doméstica. Esta conclusión suscitó múltiples cartas al editor (9-11) en los *"Annals of Internal Medicine"*, donde se había publicado, todas ellas en relación con la convicción de que, a pesar de que no sea Medicina Basada en la Evidencia, está más que demostrado en la práctica clínica la importancia de buscar signos y síntomas de maltrato y preguntar a los pacientes acerca del mismo. Algunos comentaban que la *Task Force* cometía un serio error haciendo estas recomendaciones, ya que podían llevar a muchos médicos a pensar que, si la recomendación no existe, es inútil preocuparse por la posibilidad de que el enfermo sufra malos tratos, cuando es posible que ese sea su principal problema de salud, por lo que calificaban el artículo de peligroso y erróneo. La respuesta que se ofreció fue que la recomendación grado I de la *Task Force* no es una recomendación contra el cribado. Tan solo se quería decir que no existía una buena evidencia de que el cribado mejorase la salud y que la recomendación realizada se basaba en una revisión

sistemática de la evidencia científica y no reflejaba la experiencia individual de los clínicos.

Lo que se desprende, a mi juicio, de esta discusión es que son necesarias más publicaciones científicas al respecto, más estudios llevados a cabo por médicos y más evidencia científica, que motive recomendaciones (que se prevén necesarias) para que el maltrato pueda ser detectado o evitado.

Hay algunos estudios en los que lo que se considera como un primer paso primordial, que no se ha llegado a alcanzar todavía, la toma de conciencia por parte de los profesionales, de que nos encontramos ante un problema grave. Un problema que podemos llegar a detectar si estamos sensibilizados al respecto, y que es necesario derribar las barreras que nos impiden transmitir su hallazgo, única forma de luchar contra él. Un problema que implica de forma ineludible al clínico que atiende a estos pacientes vulnerables **(12)**.

La violencia contra las personas bien sea en forma de negligencia en los cuidados o como maltrato o abuso es un problema tan complejo que requiere de un enfoque multidisciplinar. Entender el origen de estas conductas necesita de la sociología, la psicología social y la psicología médica. Su detección y asistencia necesita de los trabajadores sociales, la enfermería y la medicina, y su prevención exige el concurso de los educadores y de numerosos recursos a los que no son ajenos la administración de justicia y la organización política en general.

La violencia de unas personas contra otras se produce en todos los ámbitos sociales: el deporte, la escuela, el trabajo, la familia, la residencia. Siempre supone una situación preocupante y merece toda la atención. Sin embargo, en los últimos años se ha señalado de manera particular la relevancia de la violencia en el medio familiar, hasta el punto de generar en nuestro país una legislación particular en forma de artículos específicos en el Código Penal y de leyes concretas que incluyen el aspecto educativo como medio de erradicación.

Desde mi posición de médico especialista en Geriatria me preocupa de manera particular la violencia contra las personas mayores, que se da en el medio familiar, pero aparece también ligada a las instituciones, ya que los mayores, como personas dependientes y necesitadas de asistencia social y sanitaria

acaban con frecuencia en residencias públicas o privadas, o en hospitales, donde también se ha evidenciado el riesgo de maltrato.

Tanto su primera versión de violencia familiar, como la segunda de violencia institucional están contempladas dentro de la normativa legal de reciente factura ya mencionada. La realidad suele ir por delante de las leyes, pero cuando unos hechos se consolidan en la sociedad, las leyes tienen que regularlos en su función de lograr una convivencia justa y de disuadir de conductas dañinas y perjudiciales para las personas.

Por otra parte, algunos estudios apuntan a que los médicos con formación especializada en Geriátría sienten, de forma mayoritaria, que no se encuentran adecuadamente formados para detectar y luchar contra el maltrato **(13)**.



## ACTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

## II.1. CONCEPTO Y TIPOS DE NEGLIGENCIA, MALTRATO Y ABUSO

Uno de los principales problemas con que se encuentra el investigador sobre malos tratos a las personas mayores es que aún no se ha alcanzado un consenso sobre la definición más adecuada, lo cual podría favorecer la detección e identificación de los casos y además facilitaría la comparación entre estudios (14). A falta de una definición universalmente aceptada, las definiciones que existen de maltrato reflejan diferencias importantes entre distintas sociedades, e incluso dentro de una misma sociedad varía lo que se considera inaceptable, en cuanto a comportamiento social, en el seno de distintos grupos o a lo largo de distintas épocas. En líneas muy generales podríamos decir que el maltrato al anciano es “cualquier acto de comisión u omisión que tiene como resultado un daño físico, psíquico o social a una persona mayor”. Una característica específica importante es que el autor del daño generalmente ocupa una posición de confianza, o incluso que, por ser una relación familiar, tendría la obligación de cuidado. Las conductas dañinas contra las personas mayores constituyen un tipo de violencia que puede producirse bajo diversas formas.

La longevidad acarrea consecuencias médicas y sociofamiliares que, aunque con una gran variabilidad individual, determinan que la proporción de personas dependientes aumente con la edad, lo que plantea, en relación con los malos tratos una cuestión delicada porque frecuentemente es muy difícil diferenciar entre una actitud de “beneficiencia”, es decir, de ayuda al anciano, y otras actitudes que llegan a extremos de suplantarle en decisiones o acciones laboriosas para él o, lo que sería peor, de privarlo de sus derechos a conocer y decidir sobre todos los aspectos de su vida. Y, por otra parte, dejarlo solo en determinadas decisiones puede convertirse en una actitud de ignorarlo.

En el contexto de los malos tratos a las personas mayores, **la vulnerabilidad** surge sobre todo de afecciones y enfermedades físicas limitantes en el anciano, así como de su progresiva fragilidad física y mental; el envejecimiento aumenta la vulnerabilidad ante las agresiones externas; las enfermedades provocan pérdidas funcionales que favorecen la discapacidad y dependencia.

Determinados factores socioeconómicos (pobreza, aislamiento social,...) incrementan esta vulnerabilidad. Sin embargo, la edad por sí misma no es un criterio determinante, lo que coincide con el criterio constitucional de que no se puede producir ningún tipo de discriminación por razón de edad **(15)**. En relación a la violencia sobre las personas ancianas desde una perspectiva médico-legal **(16)** se considera que estas conductas se caracterizan por:

- Ser violentas, porque: a) son externas a la persona, venidas desde fuera, desde el entorno, b) no se deben a procesos naturales de su propio organismo (degenerativos, infecciosos, tumorales,...); c) hay alguien que las realiza y que es autor y responsable de las mismas.

- Pueden ser conductas activas, caracterizadas por actos concretos dirigidos contra el anciano, variados en su expresión y en su gravedad.

- Otras veces son conductas por omisión, en las que el daño se origina por el “no hacer”, la falta de cuidados imprescindibles para el bienestar de la persona, descuido en el aseo, alimentación deficiente, falta de medicación o no favorecer el contacto social.

- Tienen como consecuencia el daño o perjuicio para la persona que las sufre. Cuando el daño es físico suele dejar lesiones evidentes y de carácter probatorio. El daño psíquico es más difícil de valorar, pero también es objetivable y cuantificable, e igual ocurre con el daño social (aislamiento).

La clasificación de las conductas violentas contra las personas mayores se resume de manera esquemática en la Tabla 1.

MALTRATO	NEGLIGENCIA	ABUSO	VIOLACIÓN DE DERECHOS
Físico	Negligencia genérica	Económico o financiero	Limitar el derecho a la información
Psíquico	Abandono o autoabandono	Abuso o agresión sexual	Limitar el derecho a decidir
Mixto	Terapéutica o diagnóstica	Ensañamiento, obstinación o encarnizamiento terapéutico o diagnóstico	Discriminación por edad

Tabla 1. Tipos de malos tratos en mayores

Las conductas de estas características pueden considerarse como:

- a. MALTRATO
- b. NEGLIGENCIA (falta de cuidados)
- c. ABUSO
- d. VIOLACIÓN DE DERECHOS

#### II.1.A. MALTRATO

La definición más aceptada de maltrato hacia los mayores es la adoptada por la Red Internacional de Prevención del Maltrato y Abuso en la Vejez que lo define como: **la acción única o repetida, o la falta de respuesta adecuada, que ocurre en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca un daño o angustia a una persona anciana** (Propuesta por la Organización Mundial de la Salud en la llamada “Declaración de Toronto”) (17). Esta definición incluye tanto las conductas activas como las conductas por omisión que constituyen, desde nuestro punto de vista, específicamente la Negligencia.

En el Diccionario de la Real Academia Nacional de Medicina de Términos Médicos, malos tratos lo remite a maltrato y dice: “En inglés *abuse, mistreatment*. Acción lesiva de carácter físico, psíquico, sexual, o de cualquier otro tipo que afecta a una persona y, por extensión, también a cualquier ser vivo. Observación: Puede verse también malos tratos. La preferencia por una u otra variante depende del contexto. La propia ambigüedad del término hace que los límites de lo que debe considerarse maltrato, en buena medida culturales, tengan que venir determinados por el derecho”.

En España se elaboró, en mayo de 1995 la llamada “Declaración de Almería” sobre el anciano maltratado (en la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado), donde se acordó la siguiente definición: “todo acto u omisión sufrido por persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo, que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones)” **(18)**.

El maltrato admite distintos tipos de clasificación **(19)**, de entre los que destacamos el siguiente:

**Maltrato Físico:** Se puede definir como el daño corporal, dolor o deterioro físico que se produce por medio de la fuerza física o de violencia no accidental. Es habitual el uso de fuerza física en forma de empujones, golpes o lesiones específicas (quemaduras,...), sujeción o ataduras para evitar la movilidad del anciano, alimentar por la fuerza dejando lesiones en la boca, uso inapropiado de restricciones físicas o de medicación. Para algunos autores maltrato físico es una forma de maltrato que incluye todas las actuaciones que producen dolor o daño físico. El perpetrador habitualmente es el cónyuge o un familiar que abusa del alcohol, tiene problemas físicos o emocionales y suele depender económicamente de la víctima.

**Maltrato psíquico:** Es aquella conducta que provoca, de forma intencionada, miedo, angustia, tristeza, sentimiento de indignidad e inferioridad, estrés. Se ejerce sobre el anciano utilizando las relaciones emocionales e interpersonales y se manifiesta con voces, insultos, intimidación, amenazas de daño o

abandono, humillaciones, infantilización, llevar la contraria y no satisfacer deseos o gustos de la persona, retirarles servicios o red de apoyo. El perfil de la víctima de este tipo de maltrato es: habitualmente casada, afecta por igual a varones y mujeres; el perpetrador habitualmente es el cónyuge.

**Maltrato mixto:** En este se dan conjuntamente las agresiones físicas y las emocionales, bien en el mismo acto o bien alternándose en el tiempo y dependiendo de la ocasión.

En la práctica es excepcional que exista maltrato físico sin que se acompañe de frases humillantes, desprecio o insultos y amenazas. Llama más la atención el maltrato físico que es el que se recoge más frecuentemente en los medios, pero probablemente son más numerosos los casos de maltrato psicológico o emocional puro y el abandono, en los que se priva al anciano del afecto, la compañía y los cuidados necesarios para su bienestar.

#### II.1.B. NEGLIGENCIA (falta de cuidados)

La gravedad de estas conductas va paralela al grado de dependencia que tiene la persona, ya que los cuidados que necesita también van paralelos a su capacidad para satisfacer por sí misma sus necesidades.

**Negligencia genérica:** Acto de omisión, descuido o falta de cuidados esenciales para cubrir las necesidades de la persona anciana, de modo que se evite daño físico, angustia o daño mental. Puede revestir formas muy variadas. Ancianos con buen estado psicofísico necesitan asesoramiento y apoyo específico para numerosas necesidades, por ejemplo, acudir al dentista para mantener su dentadura en condiciones, para una adecuada masticación y salud en este aspecto de su vida. Lo mismo sucede con respecto al mantenimiento de una adecuada aferencia sensorial, ya que pueden tener la necesidad de que se les proporcionen gafas para mantener la visión o audífono para mantener la audición y, con ello, facilitar una mayor integración en el entorno. Sin embargo, aquellos ancianos que presentan un nivel mayor de dependencia para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, pueden sufrir un tipo de negligencia más grave: no recibir comida, alojamiento, ropa, atención médica, higiene, cuidado personal, medicación,...

Aunque la persona mayor tenga autonomía siempre necesita el afecto familiar y la conexión social con su entorno. La persona mayor necesita estímulos sociales, contactos y compañía con la que conversar sobre lo que ve en la televisión o lee en el periódico; por ello, la soledad y el aislamiento se debe considerar como el grado más leve de la negligencia o el descuido hacia las personas mayores, sobre todo cuando tienen familia.

El aspecto afectivo tiene mayor importancia en la medida en que el anciano mantiene sus funciones psíquicas y es consciente de su soledad y de la falta de afecto y apoyo social. Los encargados del cuidado a las personas de edad pueden no atender sus necesidades por diversas razones (falta de información, capacidad, interés o recursos). El perfil de la víctima en este caso es: habitualmente mujer con condiciones de salud que limitan sus actividades.

Podríamos, por tanto, considerar tres tipos diferenciados de negligencia: en el cuidado físico, en el cuidado psico-afectivo y negligencia económica, con las mismas características que los tipos de maltrato que ya he descrito pero con la peculiaridad de que el cuidador no suele ser consciente de estar actuando de manera negligente (20).

**Abandono:** Cuando el responsable de atender y custodiar a un anciano le desampara de manera voluntaria, se produce un acto de omisión muy grave que el perpetrador puede no identificar como tal si el lugar en que le abandona es un centro hospitalario, no asumiendo que, llegado el momento del alta, debería volver a asumir sus cuidados y que, mientras dure el ingreso, debe mantener una presencia continuada que favorezca el apoyo al anciano en la toma de decisiones, actuando en beneficio del enfermo que se encuentra en una situación que puede ser especialmente delicada. Los familiares que no reconocen que esta circunstancia es un tipo de negligencia no valoran los perjuicios que una estancia prolongada en un centro hospitalario pueden ocasionar y creen, casi siempre, que es allí donde van a recibir el máximo de cuidados que necesita, sin entender las razones que los profesionales tienen para considerar cuál es el momento más idóneo para darle el alta. El abandono en otras instituciones supone la negación del afecto y compañía que deben seguir ofreciendo a sus familiares cuando las necesidades de cuidados, alimentación,...están aseguradas por parte del personal del centro.

**Negligencia terapéutica o diagnóstica:** Esta forma de falta de cuidados tendría

como autores a los profesionales sanitarios que omitirían medios diagnósticos o terapéuticos eficaces y proporcionados al estado del anciano y con resultados beneficiosos para su salud y bienestar. Una forma de negligencia que puede asociarse a otras formas de discriminación por razón de edad.

**Negligencia por autoabandono o por actitud de negación:** En ella, es el propio anciano el que rechaza la ayuda porque niega ante sí mismo y ante los demás que necesite esta ayuda; con ello pone en peligro su salud y su seguridad. No es infrecuente que se empeñe en vivir solo cuando sus enfermedades no lo aconsejan, lo que puede conllevar riesgo de incendio, olvido de medicación, mala alimentación, falta de limpieza, o aislamiento.

En esta forma de negligencia el anciano no tiene conciencia de víctima ni sentimiento de sentirse abandonado, pero puede alcanzar un nivel de riesgo para él que obligue a los responsables a intervenir para evitar el daño para sí mismo o para terceros.

## II.1.C. ABUSO

En la literatura anglosajona el maltrato, tal y como se ha definido al principio de esta revisión, se traduce por la palabra “*abuse*”, lo que ha llevado a equívoco en muchas ocasiones porque en castellano las connotaciones que tiene “abuso” son muy distintas. El abuso es siempre una circunstancia en la que la persona se aprovecha de una situación de discapacidad de la víctima o de imposibilidad para defenderse frente al agresor.

Cuando hablamos de violencia contra los ancianos, es cierto que estamos ante víctimas probablemente vulnerables y de capacidades defensivas disminuidas, tanto en lo físico como en lo mental por razones del proceso biológico del envejecimiento, entendido éste como pérdida de vitalidad (lo que conlleva mayor vulnerabilidad frente a agresiones externas). Ello es así incluso cuando todavía no presentan diagnósticos precisos de procesos o enfermedades que conllevan déficits concretos. Tanto el Maltrato como la Negligencia se producen desde una situación de aprovechamiento (abuso) de la desigual relación entre víctima y agresor; sin embargo, y siguiendo el sentido médico-legal de estas palabras, consideraremos aquí como abusos las siguientes situaciones:



**Abuso económico o financiero:** Consiste en el uso no autorizado de fondos, propiedades o recursos de la persona mayor. Se trata de beneficiarse de los bienes económicos de la persona anciana aprovechando que pierde conciencia del exacto valor de las cosas. Va desde adueñarse de sus ingresos mensuales (pensión, ayuda social, etc.) hasta hacerle suscribir documentos como poderes, contratos de compra-venta, donaciones, testamentos, etc., de cuya trascendencia y consecuencias no es totalmente consciente. También en los casos en los que, aunque comprenda lo que hace, actúe bajo coacción, amenazas de abandono, ingreso en institución, etc. **(21)**. El perfil de la víctima que sufre este tipo de abuso es: no casado, afecta por igual a varones y mujeres, salud física deteriorada, aislado socialmente.

**Abuso/agresión sexual:** Esta expresión tiene una definición precisa en el código penal. Se recoge aquí porque, aunque no es una violencia frecuente sobre las personas ancianas, cuando se produce alcanza especial gravedad y pone de manifiesto características psicopatológicas del agresor merecedoras de estudio forense específico **(22)**. Englobaría todo acto sexual sin consentimiento, violación, atentado al pudor y el acoso. Puede ocurrir sin contacto (mirar, fotografiar, exhibición indecente, insinuaciones,...) o con contacto sexual.

**Ensañamiento, obstinación o encarnizamiento terapéutico o diagnóstico:** Consistiría en la administración de pruebas diagnósticas o tratamientos cruentos o extraordinarios, desproporcionados a las expectativas de mejoría o curación que presenta el estado general del paciente, por distintos motivos que nunca justifican esta actitud por parte de los profesionales o a solicitud de los allegados.

#### II.1.D. VIOLACIÓN DE DERECHOS

En este apartado se pueden recoger situaciones muy diversas:

- Limitación de acceso a información de la vida diaria (prensa, radio, TV, internet), lo cual les aísla progresivamente del mundo circundante.
- Limitación injustificada para decidir sobre la elección de la ropa, la comida u otros aspectos básicos de la vida diaria.
- En la relación médico-paciente, restricción de la información sobre su propia salud, no contar con su consentimiento para seguir tratamiento. Este aspecto es tan importante que la Fiscalía General del Estado cumpliendo su deber de velar

por los incapaces y personas desvalidas, emitió la Instrucción 3/90 que hace especial mención al ingreso de personas en residencias de mayores. Este documento respondía a la preocupación social detectada ya entonces sobre el posible maltrato de ancianos en estos centros, sobre todo cuando avanzan los procesos de deterioro y quedan a merced de los cuidadores al desaparecer su capacidad de autodefensa. Literalmente el documento dice: *“1. Debe estarse al consentimiento del titular del bien jurídico, siempre que se manifieste como expresión de una voluntad libre y consciente. Es el propio anciano quién contrata con el centro las condiciones y servicios a prestar por este último durante el tiempo de su internamiento. 2. En caso de enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico, deberá recabarse preceptivamente la autorización judicial, autorización que se acordará de conformidad con el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (antes se hacía mención al artículo 211 derogado por el que ahora mencionamos) y por tanto, previo cumplimiento de los requisitos que en el mismo se establecen. 3. En el caso de que el deterioro físico o mental, como consecuencia del avance de la vida, sea producido con posterioridad al momento en que tuvo lugar el internamiento, deberá comunicarse por el centro a la autoridad judicial que, previos los trámites previstos en este artículo, dictará la correspondiente autorización judicial”*.

- Un aspecto muy importante sería la denegación de recursos y discriminación para acceder a determinadas prestaciones sociales o sanitarias. Como dicen Castellano y Villanueva, esta situación merece un análisis científico, ético y legal y como pauta a seguir recomiendan que lo que es científicamente correcto suele ser éticamente correcto y ajustado a la Ley (23).

## **EL ANCIANO COMO SUJETO ACTIVO DE DELITOS EN EL MEDIO FAMILIAR**

En los últimos años los delitos denunciados con más frecuencia en nuestro país y cuyo autor ha sido un anciano han sido las agresiones en el medio familiar y los abusos a menores, aunque siempre en una proporción mínima y como hechos aislados, y generalmente teniendo como sujeto pasivo a la mujer en el primer caso y a niños de corta edad en el segundo.

**Agresión en el medio familiar:** la violencia de género entre personas mayores se suele encuadrar en un proceso de progresivo deterioro de las relaciones en un matrimonio cuya vida conyugal ha discurrido con normalidad; la violencia que produce el hombre contra la mujer durante la tercera edad suele producirse en unas circunstancias y con unas características que la diferencian de otras formas de violencia doméstica y que la hacen, por ello, previsible y evitable.

En general, las personas mayores en España han recibido una educación y una cultura tradicional en las que el rol masculino era autoritario y dominante, mientras que la mujer adoptaba un papel sumiso, obediente, entregado y sacrificado; actualmente la mujer mayor ha incorporado los mensajes de libertad individual, de respeto y de igualdad, lo cual no ha ocurrido, en muchos casos, con el hombre. Por ello encontramos a veces dinámicas en las que el hombre manifiesta los siguientes factores de riesgo de agresión contra la mujer:

Su pérdida de vitalidad y su propio deterioro sexual lo lleva a ser más autoritario, exigente y desconfiado hacia su esposa; son frecuentes las ideas paranoides de despojo de sus bienes o pérdida de sus atribuciones en su familia, pérdida de autoridad, sienten que dejan de tomar las decisiones, etc.

Otras veces son celotipias, cuando la esposa se conserva en mejores condiciones físicas y psíquicas que él. El incipiente deterioro intelectual y volitivo puede afectar inicialmente a la esfera afectiva, con lo que se interpretan aspectos de la relación conyugal como falta de amor, falta de consideración hacia su persona, desprecio, o falta de respeto, a lo que puede reaccionar con violencia física que puede llegar a ser de extrema gravedad.

Es importante diferenciar, además, los casos de demencia en los que, si se detecta, se puede evitar la aparición de síntomas conductuales, como heteroagresividad, que habitualmente se manifiesta hacia los convivientes, que en ocasiones lo ocultan por vergüenza o sobreprotección. También se han visto casos en los que las enfermedades físicas o psíquicas del cónyuge o los problemas económicos ocasionan en un matrimonio anciano una situación de desesperación que lleva al homicidio y, habitualmente, al posterior suicidio.

Todos estos comportamientos y situaciones merecen atención por parte de la familia y/o la sociedad e instituciones, ya que los crímenes matrimoniales en personas de más de 70 años suelen corresponder a este tipo de circunstancias.

## II.2. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SOBRE LOS ANCIANOS

En general, y paradójicamente, los autores de conductas violentas contra los mayores son los que tienen encomendados sus cuidados. La negligencia, como hemos visto, consiste precisamente en no proporcionar unas atenciones y cuidados necesarios para el anciano, que resultan obligatorios en la persona que los omite.

El maltrato en sus manifestaciones físicas o psicológicas lo genera el cuidador o persona que convive o depende económicamente del anciano y se ocupa de él; el estrés que genera esta actividad continuada en el tiempo y sin desahogo personal suele ser una razón que explica esta conducta tan desajustada. En general, entre la víctima y el maltratador puede existir una larga y compleja historia de dificultades, demandas y necesidades recíprocas insatisfechas.

Los abusos, tal y como se han recogido en este trabajo, suelen ser más esporádicos y puntuales, pero también los pueden ocasionar personas próximas al anciano.

Las consecuencias de las conductas violentas sobre los mayores se reflejan en la Tabla 2.

DAÑO FÍSICO	DAÑO PSÍQUICO
Muerte	Depresión
Hematomas, lesiones articulares	Ansiedad
Quemaduras, UPP	Agresividad
Lesiones boca	Agitación
Sobremedicación	Pérdida de memoria
Descompensación DM e HTA, malnutrición, deshidratación	Trastorno del sueño

Tabla 2. Consecuencias del maltrato

Los malos tratos contra los mayores tienen las siguientes consecuencias:

## II.2.A. DAÑO FÍSICO

El maltrato es considerado como un predictor de muerte en el anciano **(24)**. Tras ajustar por otros factores que podrían afectar a las tasas de mortalidad, éstas se han encontrado incrementadas en los mayores que sufren maltrato físico o negligencia **(25)**.

Aparte de esta gravísima consecuencia, el daño físico se puede objetivar en diversas formas, constituyendo lesiones de mayor o menor gravedad. Pueden ser hematomas consecutivos a golpes directos o producidos al chocar contra un mueble tras sufrir un empujón. Otras veces son hematomas “figurados” que reproducen actitudes de sujeción excesiva mediante la presión de las manos o dedos (que quedan marcados) o ataduras diversas y de desproporcionada intensidad. Estas agresiones pueden producir lesiones articulares con dislocación de hombro, por ejemplo.

Las lesiones en el interior de la boca pueden ser consecutivas a la alimentación obligada y son heridas, roturas de dientes, ocasionadas por la cuchara o el tenedor que se introduce en la boca con violencia. Las quemaduras en la boca indican la administración de alimentos excesivamente calientes. Quemaduras físicas (cigarrillos, objetos como la plancha o utensilios de cocina) o por productos químicos pueden reflejar conductas especialmente agresivas e intencionales.

La sobremedicación con tranquilizantes puede dar lugar a intoxicaciones leves con somnolencia intensa y suelen reflejar actitudes cómodas del cuidador para evitar tener que mantener la atención sobre el anciano; cuando esto se acompaña de abandono del domicilio alcanza mayor gravedad.

La desnutrición, hipoproteinemia, anemia, diabetes o hipertensión descompensadas, brote agudo de gota, etc. serían la consecuencia de una alimentación desequilibrada o insuficiente.

La deshidratación o la intoxicación hídrica serían el resultado de un inadecuado aporte de líquidos.

La producción de úlceras de decúbito, la infección de las mismas, infecciones oculares,...se pueden producir como consecuencia de la falta de higiene, movilidad, y cuidados en general.

Con relación de causa-efecto entre las conductas violentas y los resultados, los mayores víctimas de estas conductas pueden padecer: dolor, discapacidad, enfermedades diversas o agravación de estados de fragilidad o patológicos previos.

## II.2.B. DAÑO PSÍQUICO

El daño psíquico se manifiesta con **(26)**:

- a) Cuadros de tipo depresivo, con tristeza, desánimo, pérdida de ilusiones y esperanzas, inhibición y ensimismamiento, pérdida de interés por el entorno, apatía, anhedonia, llanto, o deseos de muerte.
- b) Cuadros de ansiedad, inquietud psicomotora o agitación, trastornos del sueño, malestar general por dolores musculares, trastornos del apetito como anorexia o bulimia.
- c) Manifestaciones de agresividad.
- d) Cuadros de pérdida de memoria, desorientación, descuido personal, que, aunque hacen pensar en demencia incipiente, en realidad son secundarios a la situación de violencia que sufren y son reversibles, como los anteriores, cuando se descubre la situación y se elimina la violencia que existía, alejando a la víctima de la persona agresora.

Estos cuadros constitutivos de daño psíquico pueden presentarse como consecuencia de:

-Maltrato psicológico específico: ya se ha dicho que en este caso el anciano sería tratado habitual o esporádicamente con palabras hostiles y faltas de cariño, imposiciones injustificadas contrarias a sus deseos, insultos, amenazas o humillaciones. Aunque se le proporcionaran buenos cuidados físicos en lo

relativo a la alimentación, el vestido o el aseo, la forma de relación descrita sería suficiente fuente de estrés y frustración como para desarrollar los daños psíquicos mencionados.

-Maltrato físico específico: Estas conductas aúnan las consecuencias físicas ya descritas, junto a las propias del apartado anterior por lo que los sentimientos de rechazo, estorbo e injusticia son suficiente estímulo para llegar al desarrollo de cuadros patológicos.

-Las conductas negligentes y los abusos pueden dar lugar a idénticos resultados.

Un factor importante para que se produzca daño psíquico en una persona es que esta persona comprenda la conducta de que está siendo víctima y tenga conciencia del rechazo de que es objeto. Es decir, cuando una persona anciana ha perdido la capacidad de comprender lo que sucede a su alrededor, el sentido de las palabras que se le dirigen, o los matices de la voz humana es difícil que pueda sentir tristeza como respuesta a estas conductas, aunque quizá sí agitación o ansiedad. Sin embargo, las experiencias personales de la práctica clínica demuestran que incluso pacientes en avanzados estados de demencia son capaces de manifestar de alguna forma su satisfacción cuando se sienten bien tratados y perciben afecto en la persona que los atiende.

### **II.3. CONTEXTO EN QUE SE PRODUCE EL MALTRATO Y LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA A LOS MAYORES**

En España el cuidado a los mayores se entiende como una obligación de sus familiares, lo que coincide con sus necesidades afectivas y su preferencia de permanecer en el domicilio, propio o familiar, para recibir los cuidados de sus allegados, cubriendo así sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales (27).

Los estudios sobre malos tratos a los ancianos aportan datos diversos que apuntan a los factores que están presentes en esta realidad médico-social. Entre estos factores no faltan los debidos a los cambios ocurridos dentro de la

organización familiar y de la propia organización social, con lo que el soporte, atención y cuidados a las personas mayores se complica.

Esto, además, se incrementa de forma exponencial en épocas de crisis económica, cuando los medios de vida se ven mermados y el cuidado al mayor se convierte en una sobrecarga familiar y social. Y también, cuando el único sustento de muchas familias es la pensión de sus mayores.

Los participantes en el proyecto *Missing Voices* (28) consideraban, sobre todo en países desarrollados como Suecia, que la responsabilidad de los cuidados y, por tanto, de la prevención del maltrato correspondía al gobierno. También referían cómo las crisis económicas en sus países desembocaban en maltrato a los mayores, y culpaban a los gobiernos por esto. De hecho, muchos de estos participantes excusaban a sus hijos, si estos eran los responsables del maltrato, reconociendo que estaban sometidos a un gran estrés a causa de los cuidados que tenían que proporcionarles y culpaban de la estructura social al gobierno o a las políticas económicas.

### II.3.A. CONTEXTO EN QUE SE PRODUCE EL MALTRATO

#### **Medio familiar**

El desplazamiento poblacional hacia las ciudades ha llevado a que las personas mayores se queden solas en el medio rural siendo la estampa de muchos pueblos la de una sociedad envejecida y con serios problemas de asistencia para los mayores que corren un alto riesgo de soledad, aislamiento y abandono. En el caso de que también la generación anciana viva en las ciudades el conflicto de organización de sus cuidados se produce cuando todos los miembros de la familia tienen obligaciones laborales, incluyendo a las mujeres, que han sido las cuidadoras por antonomasia en todos los niveles.

Cuando la imposibilidad de atender al anciano en el domicilio lleva a su institucionalización surgen los problemas de alejamiento afectivo de la familia y el riesgo de que el trato que reciba no sea el más adecuado.

Además, las circunstancias económicas en que vivimos en la actualidad están obligando a muchas familias a comenzar la convivencia con personas mayores, la mayoría dependientes, por la imposibilidad para seguir financiando la



residencia o la necesidad de contar con la pensión del mayor en la economía familiar. Esto, ligado a las preocupaciones que se dan en el medio familiar por la incertidumbre económica y laboral, hacen que los cuidados hacia el mayor se compliquen y puedan verse disminuidos. También estas situaciones pueden conducir al cuidador al abuso de psicotropos y/o alcohol, como paliativos de la ansiedad, lo que supone otro factor de riesgo añadido.

En estas situaciones es frecuente que la propia víctima oculte el maltrato, por vergüenza o porque se culpe de la carga que supone para la familia y en especial para la persona cuidadora.

El domicilio es el lugar donde se dan con mayor frecuencia comportamientos violentos. Esto es así porque en el medio familiar las personas se desinhiben, relajan el autocontrol y la preocupación por la imagen social y se comportan con más espontaneidad y naturalidad; es ahí donde surge la impulsividad o la rabia, contenida frente a extraños. Las dinámicas establecidas a lo largo de años, de mala relación de convivencia, se acentúan cuando la relación se invierte en lo relativo a la fuerza, el poder y la dependencia.

Otros casos se corresponden con ancianos que viven en su domicilio, pero que son cuidados por personas contratadas. El hecho de que realicen su trabajo fuera de un control directo de los familiares del anciano crea el riesgo de que la negligencia o el maltrato persistan durante mucho tiempo sin descubrirse, ya que estas relaciones suelen quedar muy aisladas del entorno social.

El entorno doméstico ha sido el área donde más se han investigado los malos tratos y las conclusiones de los estudios son las siguientes:

- El riesgo es mayor para las personas mayores que viven con alguien **(29-32)**.
- El nivel socioeconómico bajo casi duplica la posibilidad de sufrir maltrato en este medio.
- Son malos tratos que se suelen perpetuar en el tiempo.
- Hay pocas pruebas de que el estrés de cuidar a una persona mayor sea, por sí solo, una causa de maltrato.
- Parece ser que el riesgo depende más de características problemáticas asociadas al maltratador, especialmente su salud física y mental y, en particular, el consumo de alcohol **(31), (33-41)**.

### **Medio sanitario e institucional**

En estos medios el personal que atiende a los ancianos suele estar profesionalmente preparado, son auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, enfermeros o médicos; sin embargo, no es infrecuente que a nivel personal arrastren frustraciones respecto a la organización del trabajo, sobrecarga y presión asistencial, sentimientos de “*burn-out*” por temor a denuncias, poca participación y baja valoración de su trabajo. No obstante es paradójico que personas con vocación y funciones de cuidadores se conviertan en sujetos activos de maltrato.

También es un hecho frecuente que, desde algunos servicios hospitalarios, se precipite el momento del alta, sin contar con la posibilidad de una continuidad asistencial, lo que constituiría una forma de maltrato institucional.

La situación de crisis social y económica incrementa el riesgo de que la gestión de los recursos discrimine por edad, limitando la posibilidad de realizar pruebas diagnósticas o recibir determinados tratamientos, sólo por cuestión de edad, y sin tener en cuenta otros factores.

Además, ante el aumento de la demanda por la situación de las familias y la disminución de los recursos, se hace más difícil el acceso a los dispositivos de apoyo a la dependencia (plazas en centros de día, residencias públicas, ayuda social domiciliaria).

En el medio residencial, también se puede dar este tipo de maltrato que denominamos institucional. La investigación en 57 residencias y centros sociosanitarios en Estados Unidos mostró que el 10% del personal admitía por lo menos un acto de malos tratos físicos en el año anterior, siendo la restricción excesiva la forma más registrada **(42)**. El personal notificó un índice mucho más elevado de malos tratos verbales que de físicos **(43)**.

Los factores externos, por ejemplo, la disponibilidad de plazas en residencias y las tasas de desempleo, las políticas sociales y sanitarias y la regulación e inspección son variables que ejercen un impacto sobre la aparición de maltrato institucional; también los estudios informan sobre factores ambientales (estilo

de custodia, el grado de los cuidados dispensados, tamaño de la casa, precio, coste por paciente, situación del propietario).

Una forma que se ha propuesto de evitar el maltrato institucional en residencias es la medición de 11 dominios (sentimiento de seguridad y orden, comodidad física, disfrute, actividad útil, relaciones, competencia funcional, privacidad, individualidad, autonomía/elección y bienestar espiritual). Otro procedimiento que se puede aplicar es la implicación de los residentes en producir la propia reglamentación (Paul Kingston, experto en violencia contra ancianos en instituciones geriátricas, en su ponencia, en la VII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia. Septiembre 2003).

### **Entorno social**

Cabe añadir aquí las formas de violencia que pueden proceder de personas del entorno del anciano: familiares no próximos, vecinos, amigos y otros. En estos casos las conductas comienzan cuando la persona anciana inicia su proceso de deterioro físico y/o mental y manifiesta su dependencia fundamentalmente afectiva, aunque también física para algunas actividades para las que solicita ayuda o recibe de forma espontánea; de esta manera estas personas ganan un grado de confianza que anteriormente no habían tenido y que les permite, poco a poco, hacerse imprescindibles, sugestionar e influir sobre decisiones del anciano sobre todo en el orden económico consiguiendo poderes notariales, contratos de compra-venta, donaciones o acceso directo a la administración de su pensión o ingresos. Es el abuso financiero o económico más frecuente, muy difícil de demostrar ante los tribunales porque, con frecuencia, el anciano todavía no padece un proceso de deterioro serio y evidente, sino unos inicios en los que los sentimientos y afectos se dejan llevar por las apariencias ante el temor a la soledad y la inseguridad. Este abuso financiero puede llegar a formas graves de engaño, estafa, extorsión, amenazas y, hemos conocido casos reales en los que se ha llegado al homicidio de la persona anciana para quedarse con las libretas bancarias y el dinero de las víctimas.

### II.3.B. CONTEXTO EN QUE SE PRODUCE LA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA EN ESPAÑA A LAS PERSONAS MAYORES

La atención que reciben actualmente las personas mayores varía mucho según el lugar de residencia y el medio en que se desenvuelven, lo que influye en las diferentes formas de violencia a la que puedan verse sometidos. Además, el hecho de que la atención sanitaria difiera en distintas regiones y lugares constituye en sí mismo un modo de discriminación.

Debido a esta diferente organización de la asistencia sanitaria y al modo en que se proporcionan los cuidados podemos encontrar diferencias significativas en las causas que subyacen al maltrato. Por ejemplo, hoy por hoy, el anciano que recibe cuidados en el medio familiar suele estar a cargo de las mujeres, trabajen o no fuera de casa, lo que supone para ellas una doble tarea, con una sobrecarga de responsabilidades y de cumplimiento de horarios que origina estrés y fuente de malestar psicofísico. Incrementa el riesgo de respuesta inadecuada a las demandas del anciano: a) con inhibición, con descuido y negligencia en el aseo, alimentación/hidratación, medicación, movilización y relaciones sociales; b) con una agresión verbal o física que se escapa de su control y, aún sin intencionalidad definida, puede ser de suma gravedad.

En las instituciones, tanto residencias como hospitales, una vez ingresado el anciano, los familiares suelen olvidar sus deberes, con abandono afectivo. Los malos tratos o negligencia en los cuidados suelen proceder, entonces, de los profesionales que se responsabilizan de atenderlos.

Paso a describir la organización asistencial prevista en España para los cuidados geriátricos:

#### ***Niveles asistenciales:***

##### ***- Atención Primaria***

Es un medio donde los mayores suelen demandar mucha asistencia, por la presencia de enfermedades crónicas en etapas avanzadas de la vida. El tiempo de que dispone el profesional no suele cubrir, ni de forma mínima, las

necesidades que estas consultas tienen, tanto por la complejidad de los síntomas y tratamiento, como por el tiempo que el propio enfermo suele necesitar para ser interrogado o explorado.

Por tanto, el tipo de maltrato en este medio suele ser, por una parte, la negligencia o abandono por parte del profesional, restándole importancia a sus demandas asistenciales o quitándole tiempo de atención. También se dan actitudes edadistas, falta de realización de pruebas complementarias que estarían justificadas o de administración de tratamientos que se han demostrado eficaces.

Se les puede excluir de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, así como de ensayos clínicos **(44)**, lo cual resulta contradictorio si tenemos en cuenta que probablemente sean los principales consumidores de los fármacos sobre los que se lleva a cabo el ensayo o la población en riesgo de padecer determinadas enfermedades.

Junto a ello puede existir falta de formación específica geriátrica, tanto en lo referente al envejecimiento normal como en lo relativo a las enfermedades más prevalentes, o en cuanto a la farmacocinética y la farmacodinámica propias del envejecimiento. Todo ello son formas de discriminación **(45)**.

#### *-Unidades o Servicios Hospitalarios de pacientes agudos*

Generalmente son de Medicina Interna o de Geriátrica, o sus equivalentes en el medio sociosanitario, ya que la población atendida por Medicina Interna es actualmente una población de edad, en su mayoría. A estas se unen otras Unidades quirúrgicas o médicas intrahospitalarias.

El tipo de malos tratos que se suele dar en este medio es, por parte de los familiares, el abandono, la indiferencia o falta de interés por su estado de salud y evolución. El abuso económico o financiero se produce aprovechando estados confusionales agudos del anciano durante los cuales obtienen su firma o consentimiento para actos de importante repercusión civil.

Cuando el anciano evoluciona favorablemente puede ocurrir que al producirse el alta médica los familiares, a menudo los hijos, no comparecen o rechazan

el hacerse cargo de sus cuidados en el domicilio o de responsabilizarse de buscar su acomodo en residencia u otros.

En los Servicios hospitalarios los malos tratos producidos por los profesionales pueden ir en dos direcciones contradictorias: a) Por un lado los que con el criterio de edad discriminan al mayor a la hora de indicar pruebas diagnósticas o de tratamiento que, de aplicársele, reportarían beneficios para la salud o el bienestar del anciano y todo ello sin riesgos ni efectos secundarios que justifiquen la omisión; b) En sentido contrario estarían los profesionales que se empeñan en un excesivo intervencionismo, fútil, recurriendo a medios extraordinarios que tienen baja probabilidad de éxito frente a sufrimientos importantes y con una eventual prolongación de una vida sin esperanza.

Las decisiones médicas respecto a los mayores deben ser muy reflexivas, y atentas a la ética profesional teniendo siempre en cuenta el deber de hacer un juicio médico, un juicio moral y un juicio económico de la decisión, que debe estar siempre acorde con la dignidad humana **(46)**.

#### *- Unidades de Media Estancia o convalecencia*

Son Unidades intrahospitalarias ubicadas tanto en hospitales terciarios como en hospitales sociosanitarios. Les es aplicable todo lo dicho en el apartado anterior.

#### *- Unidades o Servicios de Larga Estancia*

En estas unidades lo más frecuente es el abandono de los pacientes por parte de los familiares que van espaciando las visitas autojustificándose en que en el centro se atienden todas las necesidades del paciente. Olvidan el valor del contacto afectivo con la familia, que el paciente sienta que se le echa de menos y se le quiere. En estas unidades aún es más frecuente la negativa rotunda a hacerse cargo del paciente cuando se propone el alta médica, ya que la familia se habitúa a la comodidad de no tener que atender al anciano. Respecto a los profesionales, el principal riesgo está en el descuido y la rutina en su atención.

#### *- Hospitales de Día y Consultas Externas*

Constituyen un medio idóneo para la detección de la violencia en sus diversas formas. La consulta ofrece mayor dificultad por la escasez de tiempo, lo que impide al paciente relatar con tranquilidad sus preocupaciones o el franco

sentimiento de maltrato; no obstante, es frecuente que entre los pacientes y el médico se cree una corriente de confianza que se potencia con el tiempo y que lleva a que el paciente sea, durante el tiempo de Consulta, cuando refiera al médico situaciones claras de malos tratos.

En el Hospital de Día o en los centros de Día aún es más favorable el ambiente para que la persona mayor refiera las situaciones de maltrato que se puedan estar produciendo. El paciente acude con regularidad, desde su domicilio y el profesional tiene la oportunidad de observar su vestimenta, su estado general, actitudes o lesiones, preguntar por los motivos o mecanismo de producción y seguir su evolución; ningún caso de maltrato ya sea físico o psicológico, ni negligencia ni abuso debe quedar sin diagnóstico en personas mayores que asisten a Centros de Día.

#### *- Unidades o Servicios de Cuidados Paliativos*

No existen en todos los hospitales del territorio nacional. Cuando los hay pueden disponer de un número insuficiente de camas, sin disponibilidad para pacientes crónicos en situación de terminalidad al ser prioritarios los pacientes oncológicos, en general más jóvenes y sin pluripatología.

#### *- Atención Domiciliaria*

Es el mejor medio para descubrir la existencia de conductas violentas y hacer un seguimiento desde una posición muy próxima y directa. El personal sanitario que acude al domicilio realiza una tarea basada en la confianza. Especialmente el médico a través de la información al paciente y a la familia se granjea no sólo la confianza del paciente sino también la de los familiares y la de la persona que actúa como cuidadora. En este medio se pueden manejar muy bien los casos que derivan los servicios sociales de zona y se pueden poner los medios para evitar que se prolongue la situación en el tiempo y se agrave.

En algunas Comunidades Autónomas hay Equipos de Soporte especializados que pueden cubrir las necesidades de este sector de población, lo cual crea diferencias entre unas regiones y otras, al no estar este servicio extendido de manera universal. Pensemos la seguridad que da a un paciente mayor y a su familia el saber que con periodicidad y cuando lo necesite recibirá en el propio domicilio la visita de su geriatra, para tener un control estricto de su patología.

Esta forma de asistencia limita desplazamientos urgentes al hospital cuando el paciente o la propia familia se sienten inseguros. Consideramos que esta forma de asistencia domiciliaria conlleva una calidad de vida para los pacientes mayores que debería estar al alcance de todos, para que el principio ético de justicia se cumpla sin desigualdades inaceptables dentro del mismo Estado.

En ocasiones la observación en el medio domiciliario nos permite detectar distintas formas de violencia.

En este medio la conducta impropia del profesional consistiría sobre todo en el abandono y estaría relacionado con la escasa accesibilidad de algunas personas mayores a sus servicios sanitarios y con la falta de tiempo por parte del equipo de Atención Primaria para atender toda la demanda de su zona.

#### *- Servicios de Urgencias*

Suelen constituir un medio hostil para los mayores, que muchas veces se encuentran separados de sus familias por la propia organización del Servicio de Urgencias y la escasez de espacio, en unas condiciones que favorecen el desarrollo de un delirium (falta de luz, de personal que los supervise, ausencia de referentes,...).

Los profesionales podrían tener conductas negligentes, asumiendo que la agitación no se debe atender y evaluar en profundidad, o incluso podrían llegar a administrar contención mecánica o farmacológica para poder atender otras demandas que se suelen considerar prioritarias.

#### *- Residencias*

Es frecuente que cuando una familia decide internar al anciano en una residencia la consecuencia sea el olvido progresivo y el desentenderse de las necesidades afectivas del anciano. El abandono es la forma de violencia más frecuente en estos casos; sería una forma de negligencia o de descuido que afecta a la demostración de los afectos y el recuerdo hacia personas necesitadas de ello.

En lo que se refiere a los trabajadores del centro, los medios de comunicación ponen periódicamente de manifiesto que se dan casos de personas sin escrúpulos que desde una posición de gerencia y dirección ponen en marcha



residencias de ancianos en las que hacen a más personas de las que caben y pueden atender, que no se someten a la necesaria acreditación como centro sanitario, que no cumplen las normas mínimas y dificultan las inspecciones y controles reglamentarios y necesarios para estos centros.

En cuanto a las residencias públicas o privadas que siguen las exigencias legales de funcionamiento, suelen contratar personal cualificado para el cuidado de personas mayores. Sin embargo, este personal podría incurrir en delito de malos tratos cuando los cuidados que necesitan se retrasan, se hacen mal o no se dispensan; esto es muy importante en el aspecto alimentario y nutricional, en la hidratación, medicación, higiene. Tampoco las prisas o la impaciencia deben guiar la administración de estos cuidados. Otros actos rechazables serían la sujeción mecánica inapropiada o no consentida o la sobremedicación sedante que proporciona más seguridad o comodidad al cuidador frente a su responsabilidad de cuidar y vigilar.

El geriatra no puede olvidar que a cada paciente hay que tratarlo en el medio asistencial que corresponda siempre que se tenga la posibilidad de hacerlo. Será tarea de los cuidadores y de los profesionales el buscar la Unidad Asistencial más adecuada, donde el entorno sea de cuidados apropiados, de protección y de búsqueda de una asistencia integral (cuidados básicos y médicos que necesite, tratamiento psicológico si así lo requiere, con el mayor apoyo familiar posible y con la integración social que su estado permita).

Quiero destacar que, para hacer la valoración integral del caso, el abordaje debe ser multidisciplinar y habrá que coordinarlo con otros profesionales aunque la detección haya sido individual. El equipo que complete el diagnóstico de un caso y que lleve a cabo la intervención para resolverlo, debería componerse de médico/a, enfermero/a, auxiliar de enfermería, psicólogo/a y trabajador/a social. La intervención posterior del médico forense, si llega el caso, resultará imprescindible para que desde la administración de justicia se valore el daño producido, se prueben los hechos y se castigue al culpable. Esto se refleja en algunos protocolos específicos que se han diseñado para la detección de malos tratos en determinadas Unidades Asistenciales (47).

## **II.4. DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN ANCIANA EN ESPAÑA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO SOBRE EL ANCIANO**

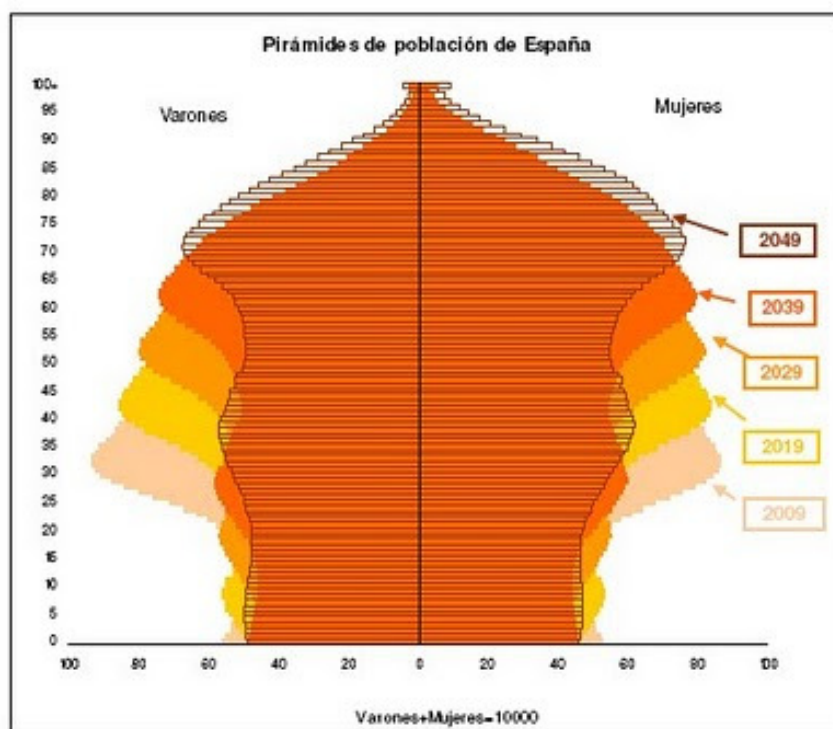
### **II.4.A. DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA**

No hay una edad precisa que nos haga viejos, senectos o ancianos a la luz de la normativa. La Constitución Española recoge que no se puede discriminar a nadie por razón de su edad, sin embargo, el proceso de envejecimiento lleva aparejado un deterioro biopsicológico que hace al anciano más vulnerable frente a agresiones externas y más proclive a padecer enfermedades que conducen a la dependencia.

El envejecimiento actual de la población es una realidad palpable y de mayor importancia en los países más desarrollados puesto que se han alargado de forma espectacular las expectativas de vida. La pirámide de población en España se invirtió en el año 2000 debido a la baja natalidad y a la mayor longevidad; la tasa de natalidad está en 1,2 hijos por mujer, lo que queda lejos de la reposición natural de 2,1. No obstante, en los dos últimos años esta tasa tiende a recuperarse a expensas de las madres inmigrantes.

La esperanza de vida ha aumentado desde los 35 años del inicio del siglo XX hasta los 78 de los hombres y 82 de las mujeres al inicio del siglo XXI. A comienzos del siglo llegaban a mayores (65 años) 26 de cada 100 nacidos y en 1990 llegaban 84.

En 1996 se superaban los 6 millones de mayores, aproximadamente el 16% de la población, y en pocos años serán el 20%. De estos seis millones, algo más del 2,5% tenían más de 75 años. En 1990 por cada 100 mujeres de más de 65 años había 90 hombres, actualmente sólo hay 70 y mientras que la mayoría de los hombres están casados, entre las mujeres ancianas predomina el estado de viudedad. Es decir, que nuestra sociedad está envejeciendo, como ocurre en el resto de países desarrollados, y así se prevé que siga siendo a lo largo de los próximos años **(48)**, como se puede apreciar en la figura 1.



Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo

Figura 1. Envejecimiento de la población española

Pero como dato contradictorio, en la medida en que aumenta la población anciana se reducen los recursos y posibilidades para que los mayores puedan terminar su vida en su ámbito familiar, cerca de los suyos y atendidos por aquellos a los que están ligados por afecto y/o por vínculos familiares.

#### II.4.B. EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO SOBRE LOS MAYORES EN ESPAÑA

##### Estudios en otros países

Las primeras publicaciones acerca del maltrato al anciano datan de hace cerca de 40 años y aparecía descrito en la literatura como "granny bashing", lo que se puede traducir como "abuela vapuleada", con el matiz, por tanto, de hacer referencia al sexo femenino (Jill Hightower, presidenta de la *British Columbia Coalition to Eliminate Abuse of Seniors*, en su ponencia, en la VII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia, septiembre 2003).

Otra expresión que comenzaba a utilizarse era la de “*parent battering*” de similar significado (padre apaleado) **(49)**.

Los estudios publicados en Estados Unidos acerca del tema en la década de los 80 y los 90 situaban la prevalencia de maltrato entre el 1 y el 12% **(50-51)**.

Se han realizado 2 estudios principales sobre prevalencia en Norteamérica **(30)**, **(52)**, ambos basados en entrevistas telefónicas, y uno en Holanda **(53)**. Posteriormente, se diseñó en Estados Unidos el National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS) para estimar tanto los casos denunciados como los no denunciados **(54)**. La incidencia global de malos tratos en Estados Unidos se estimó en 1,01%, siendo las formas predominantes los malos tratos psíquicos y el abandono.

Posteriormente, en EEUU se han desarrollado pocos estudios que añadan información relevante. Las cifras varían según el ámbito en que se desarrollen. Uno de ellos centrado en investigar prevalencia y factores de riesgo en ancianos institucionalizados en Michigan, entrevistando telefónicamente a sus familiares. El 24,3% (de una muestra de 452) refieren al menos un episodio de maltrato físico por parte del personal de la residencia. Los factores de riesgo que se asocian al maltrato son la limitación en actividades básicas de la vida diaria, trastorno de conducta del anciano y victimización previa **(55)**.

Por otra parte, el *National Social Life, Health and Aging Project* es el primer estudio representativo a nivel nacional (en EEUU), de base poblacional. Consistió en una encuesta dirigida a mayores residentes en la comunidad y entre los resultados destaca que un 9% reconoce haber sufrido maltrato verbal (psicológico), 3,5% financiero (maltrato económico) y un 0,2% físico, por parte de un miembro de su familia o persona de confianza **(56)**.

Otro estudio estadounidense, llevado a cabo mediante encuesta telefónica, analizó datos de 5777 personas, encontrándose una prevalencia de 4,6% para maltrato psicológico, 1,6% físico, 0,6% abuso sexual, 5,1% negligencia y 5,2% económico, por parte de un familiar **(57)**. Es decir, que algo más de 1 de cada 10 mayores residentes en la comunidad, y sin deterioro cognitivo, reconocía haber padecido alguna forma de maltrato en el año previo.

De Reino Unido se suele tomar como referencia para hablar de prevalencia de maltrato es el de Ogg y Bennett, realizado en ancianos que viven en la comunidad, donde se concluye que el tipo de maltrato más frecuente es el psicológico (5%) seguido del maltrato físico (2%) y el económico (2%) **(58)**. En el artículo de revisión de Pérez Rojo **(59)** se recoge la situación actual del maltrato en Gran Bretaña. Los estudios de prevalencia que incluye son:

-El ya citado de Ogg y Bennett, realizado en 1992.

-El de la organización AEA que analizaba las llamadas recibidas en una línea telefónica de ayuda, entre 1997 y 1999. Excluía a los mayores sin acceso al teléfono, a los que no conocieran la línea de ayuda o a los dependientes para esta actividad instrumental. Concluyó que el tipo más frecuente de maltrato es el psicológico, seguido del físico y del abuso económico. De este último halló una cantidad muy importante por parte de hijos y parejas. El maltrato doméstico fue más frecuente que el institucional. El maltrato físico y la negligencia, sin embargo, eran más frecuentes en instituciones que en el ámbito doméstico **(60)**. Como responsables del maltrato, aparecían con más frecuencia los hijos que la pareja.

-En Reino Unido se ha publicado una revisión sistemática **(61)** en 2008, que analiza todos los estudios hasta el 2006, de prevalencia de malos tratos y negligencia, partiendo de 322 abstracts y 31 artículos. La prevalencia de maltrato varía entre el 3,2 y el 27,5% en la población general. Los resultados que mostraban mejor evidencia en esta revisión sistemática son:

- Estudios de encuestas en población general: casi el 6,3% de personas mayores refieren maltrato en el último mes y un 5,6% de las parejas refieren que su relación había sido físicamente violenta en el último año.
- Preguntar a personas mayores dependientes acerca de maltrato: un cuarto de ellos refería niveles significativos de maltrato psicológico y un 1% físico. Una quinta parte de la gente mayor que acudía a Urgencias había sufrido negligencia. Estudios que usan escalas no validadas recogían tasas de un 6% y de hasta un 18% en maltrato financiero.
- Población clínica de personas mayores, informes de maltrato de cuidadores familiares y encuestas a cuidadores profesionales: sobre el 16% del personal de centros de larga estancia refería haber cometido

maltrato psicológico en el único estudio que usaba un instrumento validado. Sobre el 10% del personal admite maltrato físico y el 40% psicológico en el último año. Más del 80% del personal de residencias había observado maltrato, pero los denunciados fueron un 2%.

- Otros estudios: a los Servicios de Protección del mayor se denuncian menos del 1% de los casos. En dos estudios, usando un instrumento de medida validado, sobre un 5% de personas referían maltrato al mayor.

En la tabla 3 se recogen algunos estudios incluidos en esta revisión de Cooper, y la prevalencia de los distintos tipos de maltrato que se obtuvo en dichos estudios.

	Físico	Verbal	Negligencia	Económico	Psicológico
Oh et al.	1,9%	3,6%	2,4%	4,1%	4,2%
Chokkanathan	4,3%	10,8%	4,3%	5%	
Pillemer y Finkelhor	2%	1,1%	0,4%		
Estudio telefónico canadiense	0,5%	1,4%	0,4%	2,5%	
Wetzels et al	3,4%	0,8%	2,7%	1,3%	
Comijs	1,2%.	3,2%	0,2%	1,4%	
Wang					22,6%.
Beach	1%				
Fulmer			18%		
Pittaway and Westhues	4%	14%	14%	6%	
Buri	2%		7%	18%	1%
Paveza	5%				
Pillemer and Moore	36%/10%				81%/40%

Tabla 3. Prevalencia de distintos tipos de maltrato

Los márgenes de prevalencia son muy amplios, lo cual se debe probablemente a diferencias culturales y, sobre todo, a los diferentes métodos de medida y definiciones tan dispares en los distintos medios. Con posterioridad a todos estos estudios mencionados, se realizó en Reino Unido el primer Estudio Nacional de Prevalencia de Maltrato al Mayor, entre marzo y septiembre de 2006 **(62)**. La investigación consistió en entrevistas a 2111 personas mayores de 65 años, que vivían en su casa. El 2,6% refería haber sufrido algún tipo de maltrato en ese periodo. La prevalencia de negligencia fue del 1,1%, seguida de abuso financiero (0,7%), psicológico (0,4%), físico (0,4%) y sexual (0,2%). Las mujeres habían sufrido maltrato en mayor proporción que los varones de forma significativa (3,8% vs. 1,1%). Los resultados en cuanto a diferencias por edad no fueron significativos, aunque la tendencia es que a más edad, mayor prevalencia. Además, a peor estado de salud, más posibilidad de maltrato, especialmente negligencia.

En Irlanda, en 2011, se publican los resultados de una encuesta nacional sobre prevalencia **(63)**. Aparecía en el 2,2% entre las personas de 65 ó más años que vivían en la comunidad. El maltrato más frecuente era el financiero, seguido del psicológico. En una cuarta parte de los casos, los distintos tipos de maltrato se agrupan, siendo lo más habitual encontrar maltrato psicológico acompañando a otros tipos. Al comparar las características del grupo de maltratados concluían que las mujeres suelen ser víctimas de abuso financiero y de formas de maltrato que denominan interpersonal (físico, sexual y psicológico). Son más susceptibles de maltrato los mayores de 80 años. A peor estado de salud, más posibilidad de sufrir maltrato (3 veces más). La salud mental y el pobre soporte social son predictores independientes. La mitad de los maltratadores suelen ser hijos que, en general, conviven con la víctima; son factores de riesgo el desempleo, abuso de sustancias (sobre todo alcohol), problemas de salud o discapacidad intelectual.

## **El maltrato oculto**

Asumimos que existe gran cantidad de casos que no se denuncian **(64)** y, por tanto, los casos reales, muchos más de los descritos, responderían al patrón de “maltrato oculto”. Se calcula que se detecta uno de cada catorce casos **(65)**. Los datos de prevalencia conocidos muestran que tanto hombres como mujeres mayores son víctimas de violencias diversas con conductas bastante generalizadas, tanto en países desarrollados como en aquellos que están en vías de desarrollo. La prevalencia estimada oscila entre un 3 y un 10%. La víctima más frecuente es la mujer. Esto puede deberse a que las mujeres viven más, suelen informar y pedir ayuda con más frecuencia y sufrir tipos de violencia más graves en relación con su mayor fragilidad (aunque esto es algo relativo en este grupo de población). El estereotipo de una mujer blanca altamente dependiente de más de 75 años, maltratada por su hijo o hija parece ser solamente un pequeño aspecto del problema **(66)**.

El maltrato en ancianos institucionalizados ha sido menos estudiado, ya que las encuestas se dirigen en su mayoría a la comunidad, sin deterioro cognitivo. Existen, sin embargo algunos datos respecto a maltrato y negligencia hacia personas con demencia, llegando a detectarse maltrato en un 47,3% **(67)**.

## **Estudios en España**

En España casi el 50% de los mayores que requieren atención en el domicilio son víctimas de negligencias y el 5% reciben malos tratos. La incidencia ha aumentado un 150% en 10 años. Un estudio realizado en el ámbito hospitalario mostraba una incidencia de maltrato del 8,57% **(68)**. La tesis doctoral de D. Luis Manuel Rubio Martínez analiza un colectivo formado por 451 mayores de 65 años que acudían frecuentemente al Centro de Salud. La tasa de sospecha de maltrato fue del 44,6%, incrementándose el riesgo en caso de ser mujer, vivir sola o con hijos en casa de otros familiares y percibir ingresos menores de 600 euros al mes. Con el mismo tipo de instrumentos de detección que en este estudio, se ha valorado recientemente la prevalencia de maltrato en el área de Urgencias de un Hospital Universitario en Lleida. La prevalencia detectada en este estudio es del 29,1% (abuso físico 3,1%, psicológico 4,2%, negligencia 2,4%, económico 2,4%, abandono 24,3%, vulneración de derechos 5,5%). Los



factores relacionados con malos tratos fueron sexo femenino, profesión previa no remunerada, viudedad y vivir solo **(69)**.

Otros estudios se han aproximado al maltrato desde la perspectiva epidemiológica **(70)** y base poblacional. Uno de ellos **(71)** llevado a cabo en el área rural de la provincia de Girona, encuentra prevalencias entre el 25,8% y el 32,8%, en personas de 75 o más años. También asociación entre los distintos subtipos de maltrato y diversos factores de riesgo como edad, estado civil, entorno familiar, deterioro cognitivo, síntomas depresivos e incontinencia urinaria. En este estudio, realizaban una evaluación biopsicosocial detallada a los participantes. Al comparar sus resultados con otros estudios similares, de base poblacional (ninguno de ellos llevado a cabo en España), encontraron cifras de prevalencia de entre un 3,2% a un 27,5%, en poblaciones mayores de 60-65 años. En lo que sí coinciden todos estos ellos es en que los subtipos más frecuentes de maltrato son negligencia y psicológico.

Los datos todavía son escasos por el bajo interés que genera este problema, a pesar de su magnitud. Si nos remitimos a los datos que ofrece la Memoria de la Fiscalía General del Estado, en relación con la violencia doméstica en 2004 vemos que las causas abiertas por este tipo de delitos aumentaron un 114,6% en 2004 respecto al año anterior y que el número de muertes también aumenta año tras año. El 13,7% del total de las víctimas de violencia doméstica son mayores de 50 años **(72)**.

La modificación legal de 2003 de reforma del código Penal incluyó en la tipificación la violencia institucional porque también era conocido que los ancianos asistidos en residencias públicas o privadas podían ser víctimas de violencias diversas. Aunque este grupo poblacional tenga escasa trascendencia social ha acabado acaparando la merecida atención legal. Ahora debe recibir la merecida atención médico-social. Hemos asistido en los últimos quince años al reconocimiento social espectacular de la violencia en el medio familiar, identificada como un problema de primer orden, pero ésta se asocia fundamentalmente a las mujeres y niños como víctimas, y pocas veces se piensa, al hablar de ella, en la población anciana.

En el año 2001 se publicaron los primeros resultados del estudio **(73)** realizado por la Prof. Bazo. A través de entrevistas a auxiliares domiciliarias que atendían

a ancianos en distintas Comunidades Autónomas se detectaron 111 casos, lo que suponía el 4,7% de la población anciana que recibía asistencia social en su domicilio. Extrapolando estos datos a la población general las cifras son alarmantes. Por otro lado, si un 4,7% de las personas mayores que reciben asistencia en su domicilio son víctimas de cuidados negligentes o malos tratos, el número absoluto de personas mayores maltratadas que viven en sus domicilios, junto a los institucionalizados en residencias y los que están hospitalizados podría ser aún mayor de lo que conocemos.

En otro estudio realizado en el área básica de salud *Les planes de Sant Joan Despí* **(74)** la prevalencia de maltrato fue de 11,9% (IC 95%), siendo mayor en mujeres, personas viudas, con residencia rotatoria y que recibían ayudas sociales. Los autores son sus hijos, en un 57% de los casos.

Los estudios epidemiológicos en nuestro país, por tanto, son escasos y no son de base poblacional. Las cifras de prevalencia varían según el ámbito en que se desarrollen. En resumen, cabe decir que encontramos:

- Prevalencia del 4,7%, siendo el tipo principal negligencia (Bazo, 2001).
- Prevalencias del 35% en ancianos atendidos por los Servicios Sociales **(75)**.
- En los mayores hospitalizados, 8,5% de maltrato **(68)**.
- Otros estudios de prevalencia de sospecha alcanzan el 11,9% **(74)**.

Diré para finalizar que existe un trabajo desarrollado también en nuestro país, en el Centro Reina Sofía de Valencia **(76)** basado en encuestas al mayor y a su cuidador. La prevalencia, en el grupo de mayores fue: 0,2% maltrato físico, 0,3% psicológico, 0,3% negligencia, 0,2% económico, 0,1% sexual. En el grupo de cuidadores entrevistados la cifra ascendía al 1,5%. La mayoría de las víctimas fueron mujeres. El riesgo de sufrir maltrato aumentaba con la edad.

## **II.5. RESPUESTA AL PROBLEMA: REGULACIÓN LEGAL EN ESPAÑA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SOBRE LOS MAYORES**

### **II.5.A. REGULACIÓN LEGAL EN ESPAÑA**

#### **Edad y Derecho**

El Código Penal no tiene en cuenta la edad en el extremo superior de la vida como algo que pudiera influir al tipificar o modificar la responsabilidad, lo cual sí ocurre en los períodos iniciales de la vida desde la situación de “feto” hasta llegar a “menor”. Sólo aparece una referencia en el artículo 619, que castiga como falta el no prestar auxilio a una persona de “edad avanzada”, término muy extenso y arbitrario en su interpretación. Encontramos también el término “incapaz”, tanto en el Código Penal como en el Código Civil, pero haciendo referencia a la capacidad de obrar (en relación directa con inteligencia y volición) pero nunca en relación con edad cronológica (77).

Las leyes administrativas concretan la edad a los efectos de jubilación, generalmente estableciéndose entre los 65 y los 70 años. Es también ésta la edad en la que se inician otros derechos reconocidos en Leyes Específicas de Protección y Atención a las Personas Mayores y Planes Gerontológicos.

En Estados Unidos, a pesar de que el maltrato afecta a muchas personas mayores, todavía no existen guías de actuación clínicas, pruebas diagnósticas tipo test de cribado o regulación legal en torno al tema (78).

La Constitución Española dice en el artículo 50: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

La ley de la dependencia, aprobada el 5 de octubre de 2006, busca garantizar la atención a personas con discapacidad, entre ellas las personas de edad

avanzada que lo requieran y así, en su artículo 4 encontramos los derechos que hay que garantizar desde los poderes públicos:

1. Acceder en situación de igualdad a prestaciones y servicios.
2. Las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.

A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa y por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.

A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.

A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.

Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.

Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.

A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo. En el caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente,

estarán legitimadas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten la representación legal.

A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.

A no sufrir discriminación por razón de orientación o identidad sexual.

De esto se desprende un interés por regular la protección a los mayores en nuestro medio pero, quizás, lejos aún de lo que podemos considerar adecuado, sobre todo considerando el desarrollo que se ha dado a la legislación sobre maltrato de pareja contra la mujer y, fundamentalmente, por la sensibilización social y apoyo que en este ámbito se ha desarrollado en los últimos años, sin ir paralelamente aumentando la protección a los ancianos.

### **Derechos fundamentales**

Son aquellos que todos tenemos por el mero hecho de ser persona y que quedan reconocidos en diversas declaraciones universales.

En la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Diario Oficial de las Comunidades Europeas del 18-12-2000) dice el artículo 21: “Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”.

Nuestra propia Constitución recoge en el capítulo II (artículos 14 al 29) derechos que, de ser vulnerados, constituirían delitos o faltas recogidos específicamente en la Legislación. El principal y primer maltrato es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor **(79)**:

Derecho a la igualdad plena ante la ley, sin que pueda existir discriminación por causa de la edad.

Derecho a la vida y condena de las torturas, tratos inhumanos o degradantes.

Derecho a la libertad.

Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen.

Derecho a la libertad de residencia.

Derecho a recibir información veraz.

Derecho a la participación activa en los asuntos públicos.

Derecho a la tutela de los jueces.

Derecho a una muerte digna.

## **Legislación**

Por una parte, el Código Civil recoge una serie de derechos, entre los que destacamos aquellos a los que se refieren los artículos 142 a 144, en relación con la obligación, por parte de los descendientes, de garantizar los alimentos, entendiéndose por tales todo aquello necesario para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica, así como la educación. Con respecto al maltrato, en el artículo 853 se refiere que serán causas justas para desheredar a los hijos y descendientes, entre otras, haber negado sin motivo legítimo los alimentos al padre o ascendiente que le deshereda y haberle maltratado de obra o injuriado gravemente de palabra.

En España las conductas violentas contra las personas mayores han recibido la siguiente tipificación penal:

Hasta el año 1989 se consideraban como Falta o Delito de Lesiones, atendiendo a la gravedad de los resultados o a una intencionalidad específica de dañar. Se trataba de una tipificación genérica y sin referencia a la relación familiar entre víctima y agresor.

El Título VIII (libro 2º), en relación con los delitos contra las personas señalaba en el artículo 420: *“El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental será castigado...”*. En la misma línea, el Título III (libro 3º) decía en el artículo 582: *“El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión que no precisare tratamiento médico o quirúrgico o sólo exigiere la primera asistencia facultativa será castigado con la pena de...”*.

El aumento llamativo de agresiones contra las mujeres producidas por sus cónyuges o compañeros, o entre otros miembros de la familia, propició la reforma del Código Penal de 21 de junio de 1989. En el Título VIII (libro 2º), capítulo IV. De las lesiones, se añade el artículo 425: *“El que habitualmente y, con cualquier fin, ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que estuviese unido por análoga relación de afectividad, así como sobre los hijos sujetos a la patria potestad, o pupilo, menor o incapaz sometido a su tutela o guarda de hecho, será castigado con....”*.

Esta modificación incorporaba el criterio de que los vínculos familiares obligan a una mayor protección y afecto, por lo que si en lugar de ello, lo que se producen son malos tratos, estos deben ser juzgados y castigados con mayor severidad.

También afecta esta modificación a las posibles agresiones producidas entre personas ancianas ligadas por matrimonio o convivencia, o a agresiones producidas contra personas mayores que tuvieran el carácter de *“incapaces”* y estuvieran sometidos a la tutela del agresor, pero no se hacía mención a la condición de la edad avanzada o a la mayor vulnerabilidad de estas personas.

El nuevo Código Penal de 1995 modificó la redacción del artículo 153 que literalmente pasó a decir: *“El que habitualmente ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan, o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de...”*. Esta redacción incluye, a los efectos que nos interesan, la expresión de *“ascendientes o incapaces”* como víctimas específicas de *“violencia física”*, lo que vino a consolidar que el maltrato físico sobre los padres constituía un delito de especial gravedad. Aunque no se hace referencia a la edad, el hecho de que la víctima sean los padres y el agresor sea el hijo/a, nos coloca en la situación práctica de que habitualmente las víctimas de esta conducta antijurídica sean personas mayores.

La siguiente modificación legal se produjo en 1999 con la Reforma del Código Penal que nos dejó la siguiente redacción para el artículo 153: *“El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quién sea o haya sido su*

*cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de ....*". Es decir, se incluyó en la conducta antijurídica la violencia psíquica con la misma gravedad que la violencia física; lo cual era aplicable también a los "ascendientes", como ya se ha comentado y desde luego cuando esto se producía entre cónyuges o convivientes.

Las observaciones sobre carencias de medios para ayudar a las víctimas de la violencia familiar y en especial a las mujeres, llevó en el año 2003 a una nueva modificación normativa con la Ley reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de violencia doméstica, que introdujo un conjunto de medidas de apoyo judicial, social y económico con especial formación de los Cuerpos de Seguridad del Estado para la mejor sensibilización y apoyo a las víctimas.

El hecho de que la violencia familiar y, especialmente la violencia contra la mujer, lejos de contenerse, experimentara un crecimiento espectacular en su frecuencia y gravedad (aumento que también se observaba con respecto a otros tipos de víctimas como los menores y los ancianos) propició una nueva reforma del Código Penal a través de la Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre que incluyó, fundamentalmente, los siguientes cambios:

- 1) Las conductas que antes eran constitutivas de faltas pasaron a ser delitos, quedando recogidas en el artículo 153.
- 2) las conductas que antes eran delitos se trasladaron al artículo 173 con penas de mayor gravedad al considerarse que la violencia física y psíquica contra las personas ligadas por vínculos familiares y de dependencia afectiva o de cuidados afectaban a la integridad moral de las personas constituyendo un daño de suma importancia.

La redacción de estos artículos era la siguiente: art. 153: *"El que por cualquier medio o procedimiento causara a otro menoscabo psíquico o una lesión no definida como delito en este Código, o golpeará o maltratará de obra a otro sin causarle lesión, o amenazará a otro de modo leve con armas u otros instrumentos peligrosos, cuando en todos estos casos el ofendido fuera **alguna de las personas** a las que se refiere el artículo 173.2, será castigado con...."*.



El art. 173 dice: *“El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado... 2. El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona a la que esté o haya estado ligada a él por análoga relación de afectividad aún sin convivencia, sobre los descendientes, **ascendientes** o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada por cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su **especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados**, será castigado con.....y en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda...”*.

Como se puede apreciar, esta nueva redacción incluye, sin lugar a dudas, entre las víctimas específicas a las personas mayores que están bajo el cuidado de familiares. También se regula, por primera vez respecto a estas personas, la violencia institucional en forma de maltrato físico o psíquico contra las personas que se encuentren institucionalizadas en centros o residencias por razones de su especial vulnerabilidad, lo que suele coincidir con su situación de dependencia. Igualmente se hace referencia a las personas mayores con el término de “ascendientes”, como se ha comentado anteriormente.

La última modificación legal ha sido la Ley Orgánica 1/2004 de Violencia contra la Mujer que centra su interés en la violencia específicamente dirigida contra las mujeres, pero que podría tener aplicación en algunos casos en los que la víctima sea una mujer mayor, lo cual, de acuerdo con el enfoque de este trabajo, obliga a mencionar esta posibilidad.

Otros delitos que también pueden afectar a las personas mayores serían:

- El delito de amenazas (artículo 169).
- El delito de coacciones (artículo 172).
- El delito de utilización del anciano para la mendicidad (artículo 232).

- En cuanto al maltrato económico, puede materializarse en los delitos de estafa (artículo 248), en el de apropiación indebida (artículo 252) y en el robo y hurto. La cuantía sustraída determina la tipificación como delito o falta y en función de ella se aplican unas penas u otras.
- El delito de privación de libertad (artículo 163), puede manifestarse como conductas de restricción de movilidad (sujeción mecánica o farmacológica) sin indicación médica ni consentimiento o como encierro de la persona en una habitación o domicilio.

También protege el Código Penal los deberes para con la familia, por lo que tipifica conductas de incumplimiento. Dice así el artículo 226.1: *“El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar, o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, **ascendientes** o cónyuge, que se hallen necesitados, será castigado con ...”*. Este deber se ve complementado en el Código Civil, como ya se ha comentado, al entender que la obligación de pagar alimentos es exigible judicialmente, así como el incluir como causa justa para desheredar a los hijos el que estos no cumplan con la obligación (artículos 853 y 855 C.C.). La ley 41/2003 relativa al patrimonio de las personas con discapacidad regula modalidades económicas de contrato de alimentos, como algo diferente de las obligaciones familiares antes comentadas.

Por su parte, el artículo 229.1. dice: *“El abandono de un menor de edad o un **incapaz** por parte de la persona encargada de su guarda, será castigado con la pena de....”*.

De la situación de abandono hemos de decir que es delito dejar de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de los ascendientes que se hallen en estado de necesidad. Los artículos 142 y siguientes del Código Civil y la jurisprudencia del Tribunal Supremo (sentencia 18 de mayo de 1987) señalan que el deber no se queda sólo en lo material sino en los deberes morales que incluyen actitudes y afectos, así como garantizar la asistencia médica.

Es importante reseñar que el Código Penal dice en su artículo 25 *“...a los efectos de este código se considera incapaz a toda persona, haya sido o no declarada su incapacidad, que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona o sus bienes por sí misma”*. Con esto quiere señalar que el término “incapaz” se aplicará a las personas sin que sea necesaria la declaración de incapacidad civil por sentencia, sino sólo teniendo en cuenta su personal situación de pérdida de facultades psicofísicas.

Esto se especifica para marcar las distancias con el significado que tiene la palabra incapaz en el Código Civil. La normativa civil regula los negocios jurídicos y exige para la validez de los mismos que las personas que los suscriben gocen de inteligencia suficiente como para comprender el sentido y las consecuencias de lo que hacen; así mismo, es necesaria una integridad de la voluntad para que la persona decida, acorde con su comprensión, con plena libertad. En consonancia con esto, y como medida protectora para las personas, está prevista la incapacidad como un proceso en el que se determina si una persona concreta no está en condiciones de regir su persona y administrar sus bienes, en cuyo caso se somete a la protección de un tutor o un curador que decide por ella lo que le es más favorable, respecto a su persona y a sus bienes. Las causas de incapacidad son las enfermedades o deficiencias permanentes de carácter físico o psíquico, que impiden a la persona gobernarse por sí misma. Por ello, en esta legislación civil la consideración de incapaz exige una sentencia firme que es individualizada y referida de forma muy concreta a la persona en particular, indicando los actos que el incapaz puede realizar por sí mismo y aquellos para los que necesita la asistencia del tutor.

## II.5.B. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SOBRE LOS MAYORES EN ESPAÑA

La prevención del maltrato de personas mayores parte de la base de que se conocen las causas del problema y que se reconoce que es un problema especialmente invisible y que ocurre en un entorno social que indirectamente crea un clima de apoyo para esta situación (Jordan Kosberg, en su ponencia,

en la VII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia, septiembre 2003).

Como ocurre cuando evaluamos cualquier otra entidad nosológica para poder establecer unas estrategias de prevención de la violencia contra los ancianos debemos considerar distintos niveles de actuación. En líneas generales la violencia contra los mayores en sus diversas formas no se ha considerado como un síndrome geriátrico, pero tiene varias características en común con estos.

Ya he comentado que el abordaje multidisciplinar es imprescindible. En otro apartado se expone la evaluación exhaustiva que es preciso realizar en la persona mayor cuando se objetiva o se sospecha una situación de violencia tanto en sus formas de maltrato físico o psicológico como el trato negligente o descuidado u otros abusos específicos; esta evaluación incluye la exploración física y psicológica con las pruebas complementarias que se consideren necesarias; solo así se podrá confirmar el diagnóstico, la gravedad de la situación y el riesgo para la víctima de que se repita la violencia.

Ante la confirmación de un caso, además del tratamiento médico adecuado según las consecuencias que se hayan producido sobre la persona, el facultativo tiene que cumplir con otros deberes de tipo médico-legal de forma que se esclarezcan las responsabilidades y se eviten en el futuro nuevos daños. Se expondrá más adelante la conducta a seguir en este aspecto.

### **Prevención primaria**

La prevención primaria de cualquier tipo de patología se dirige a un amplio grupo poblacional. En este caso a la sociedad en general. Se trata de crear conciencia colectiva sobre la importancia del problema y quitarle la carga de desconocimiento o de tabú que pueda tener, algo que, en el caso de la violencia contra los mayores, afecta a la intimidad de las familias y de las personas concretas. Es frecuente todavía encontrar opiniones que consideran que lo que ocurre en el domicilio pertenece al ámbito privado.

Esta prevención primaria tendría varios frentes:

La divulgación para la población general, a través de todos los medios disponibles, de las conductas adecuadas y de las actitudes que las personas en general y los cuidadores en especial deben tener hacia las personas mayores; se trataría de cambiar la idea de que los ancianos son una carga o, peor aún, una lacra para la sociedad. Para ello se pueden desarrollar programas educativos para niños y jóvenes que orienten al respeto hacia los mayores y discapacitados y se deberían promover desde el entorno familiar, las escuelas, los medios de comunicación y las instituciones.

Hacia los profesionales sanitarios y, en especial los que dedican sus cuidados a las personas mayores, habría que organizar actividades científicas para que, en forma de Congresos o Reuniones o con una actividad más práctica en forma de Talleres, recibieran información y formación sobre los factores de riesgo que favorecen la aparición de la violencia; el conocimiento de los factores de riesgo puede poner sobre aviso a los profesionales ante personas mayores cuyos síntomas hagan sospechar un posible maltrato o negligencia. Conocer las consecuencias de la violencia e identificar las lesiones y daños propios de estos mecanismos ayuda a luchar contra estas situaciones, así como enseñar a detectar los factores de riesgo del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que se produzca el maltrato. También es importante dar a conocer los recursos sociales y sanitarios con los que se cuenta en cada Comunidad Autónoma para combatir o paliar estas situaciones y así poder ayudar a las víctimas. Es necesario también formar sobre las actuaciones a seguir en la vía judicial, para que intervenga el Ministerio Fiscal como protector de las personas desamparadas o en riesgo. Otra forma de prevención sería brindar apoyo a los cuidadores e identificar y actuar ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional, que pueden influir en la aparición de conductas violentas, mediante el desarrollo de programas de atención al cuidador (80).

Para todo ello es fundamental conocer los **factores de riesgo** de que se produzca una situación de este tipo en el entorno de un anciano. Existen algunos estudios que intentan establecer la relación entre factores de riesgo individuales y la presencia de determinados tipos de maltrato (81), (33), (82-85). La revisión sistemática más reciente (86) sobre factores de riesgo de

maltrato en mayores que viven en la comunidad incluye 49 estudios originales, publicados en lengua inglesa, hasta marzo de 2011. Se detectan 13 factores de riesgo en estudios bien diseñados:

- En relación con la víctima:
  1. Deterioro cognitivo.
  2. Problemas de comportamiento.
  3. Enfermedad psiquiátrica o problemas psicológicos.
  4. Dependencia funcional.
  5. Mala salud física o fragilidad.
  6. Bajos ingresos.
  7. Trauma o maltrato en el pasado.
  8. Etnia.
- En relación con el perpetrador:
  1. Sobrecarga o estrés del cuidador.
  2. Enfermedad psiquiátrica o problemas psicológicos.
- Relación:
  1. Desarmonía familiar, poca relación o conflictiva.
- Ambiente:
  1. Poco soporte social.
  2. Vivir acompañado (salvo para maltrato económico).

En Atención Primaria se dan las circunstancias más adecuadas para que la labor de información y prevención se lleve a cabo. De hecho, el estudio más completo que se ha llevado a cabo en España sobre el grado de sospecha de maltrato, sus distintos tipos y factores de riesgo asociados, se ha desarrollado en este medio asistencial **(87)**. La sospecha fue del 44,6%, siendo el tipo más frecuente la falta de cuidados, seguido de maltrato psicológico, negligencia física, maltrato económico, negligencia emocional, maltrato físico y abuso sexual. Es de destacar que los factores de riesgo que se asociaron con malos

tratos en este estudio fueron: ser mujer, vivir solo o con hijos, ingresos por debajo de 600 euros al mes, discutir frecuentemente con familiares, deterioro funcional para las ABVD y escasa higiene oral o corporal.

Los **factores de riesgo** de conductas violentas sobre los ancianos se presentan a continuación, en las tablas 4 y 5.

<b>Comunes al anciano vulnerable y a su cuidador</b>	<b>Factores situacionales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia de violencia anterior en la familia.</li> <li>-Historia de una mala relación entre ambos.</li> <li>-Sensación de frustración, enojo y desesperanza.</li> <li>-Inversión del rol parental.</li> <li>-Cuidador dependiente económicamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aislamiento.</li> <li>-Dificultad económica.</li> <li>-Ausencia de recursos sociales para cuidados adicionales.</li> <li>-Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo.</li> <li>-En instituciones: ausencia de camas, escasez de personal, salarios bajos, bajo nivel educativo del personal, burn out.</li> </ul>
<b>Propios del anciano vulnerable</b>	<b>Propios del cuidador familiar:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-La dependencia física y/o mental y/o emocional.</li> <li>-Cambio en su personalidad.</li> <li>-Agresión física o verbal debida a trastorno conductual.</li> <li>-Conducta incoherente, demandante o extraña.</li> <li>-Intolerancia marcada.</li> <li>-"Indefensión aprendida".</li> <li>-Aislamiento forzado y no aceptación del cuidado ofrecido por otro que no sea el "cuidador oficial".</li> <li>-Ausencia de fuertes lazos familiares.</li> <li>-Deprivación sensorial. Ceguera, sordera, trastornos del lenguaje y de la comprensión.</li> <li>-Deterioro reciente en su estado de salud.</li> <li>-Deterioro cognitivo.</li> <li>-Alteraciones del sueño, incontinencia, discapacidad múltiple.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabajo agotador sin descanso.</li> <li>-Falta de espacio y tiempo personal.</li> <li>-Sentimiento de aislamiento social.</li> <li>-Sentimiento de ser explotado por otros y necesidades básicas no satisfechas.</li> <li>-Sentimiento de pérdida por "la persona que fue".</li> <li>-Falta de apoyo por parte de otros familiares.</li> <li>-Conflicto material y reacciones adversas de otros familiares hacia el mayor.</li> <li>-Cambio de estilo de vida (involuntario).</li> <li>-Responsabilidad absoluta del cuidado o incapacidad para pedir ayuda.</li> <li>-Falta de información sobre la enfermedad y su evolución.</li> <li>-Falsas expectativas sobre las capacidades del mayor o su recuperación.</li> <li>-Larga duración de los cuidados al mayor (media 9,5 años).</li> <li>-Enfermedad física o mental del cuidador (trastorno de personalidad, drogas, alcohol, depresión, trastorno de ansiedad).</li> </ul>

<b>Propios del cuidador remunerado, relacionados con el contexto o con factores individuales</b>	<b>Propios del cuidador remunerado, relacionados con la técnica del empleo y la práctica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabajar solo.</li> <li>-Ambiente inapropiado para el cuidado.</li> <li>-Falta de espacio vital.</li> <li>-Aislamiento por falta de visitas, mínimo contacto con el mundo exterior.</li> <li>-Inseguridad con respecto al futuro.</li> <li>-Falta de supervisión de las tareas y de referencias sobre lo adecuado o no de su actuación.</li> <li>-Falta de interés o de compromiso y/o comprensión de la tarea.</li> <li>-Problemas personales.</li> <li>-Incapacidad para relacionarse con el anciano en particular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mala selección del personal.</li> <li>-Falta o poca experiencia, apoyo escaso y falta de supervisión.</li> <li>-Remuneración baja y malas condiciones de trabajo.</li> <li>-Subestimación personal, poco personal y/o materiales de trabajo insuficientes.</li> <li>-Falta de dirección o de una filosofía del trabajo.</li> <li>-Cambios continuos en la tarea o propósitos.</li> <li>-Trabajo bajo presión.</li> <li>-Prácticas institucionales que desvalorizan al paciente.</li> <li>-Régimen autoritario.</li> </ul>

**Tabla 4. Factores de riesgo de malos tratos**

Los factores de riesgo que se extraen de distintos estudios son los siguientes, según el trabajo de Iborra, 2008 (76).

Asociados a la víctima	<b>Sexo femenino</b>	Cooney & Mortimer, 1995 González et al., 2005 Wolf, 1997
	<b>Mujer sufre casos más graves</b>	Pillemer & Finkelhor, 1988
	<b>Aislamiento social</b>	Lachs et al., 1994 Compton, Flanagan & Gregg, 1997 Wolf & Pillemer, 1989 Grafstrom et al., 1993 Phillips, 1983 Pillemer, 2005



	<b>Dependencia física y cognitiva</b>	Davidson La, 1979 Hickey & Douglass, 1981 Steinmetz, 1988 Lachs et al., 1997 Wolf & Pillemer, 1989
	<b>Alzheimer</b>	Homer & Gilleard, 1990
	<b>Depresión</b>	Bonnie & Wallace, 2003 Muñoz, 2004
Asociados al maltratador	<b>Mujeres-negligencia Varones-formas extremas</b>	Martin & Walker, 1995 Sonkin Muñoz, 2004 Iborra, 2005
	<b>Aislamiento social</b>	Cooney & Mortimer, 1995 González et al., 2005 Grafstrom et al. 1993 Muñoz, 2004
	<b>Dependencia económica</b>	Anetzberger, 1987 Cooney & Mortimer, 1995 González et al., 2005 Greenberg, McKibben & Raymond, 1990 Hwalek, Sengstock & Lawrence, 1984 Muñoz, 2004 Pillemer, 1986 Wolf & Pillemer, 1989 Wolf, Strugnell & Godkin, 1982
	<b>Trastornos psicopatológicos y abuso de sustancias</b>	Cooney & Mortimer, 1995 González et al., 2005 Lachs & Pillemer, 1995 Muñoz, 2004 Pillemer, 2005 Wolf & Pillemer, 1989
	<b>Hijo adulto o pareja</b>	Pillemer & Finkelhor, 1988 Cooney & Mortimer, 1995 González et al., 2005

	<b>Sobrecarga y estrés</b>	Coyne & Reichman, 1993
Factores socioculturales	<b>Violencia intergeneracional</b>	Wolf & Pillemer, 1989
	<b>Tradiciones culturales y ageísmo</b>	Bytheway, 1994

Tabla 5. Factores de riesgo

En la práctica se comprueba que la conducta violenta es el resultado de la interacción de distintos factores de los anteriormente citados.

También es importante resaltar en este punto, que es desde la educación social y desde la concienciación a la población en general y a los profesionales en particular, desde donde se pueden prevenir actitudes negativas hacia las personas mayores y frente a la discriminación por razones de edad, es decir, a las conductas edadistas o ageístas, tan frecuentes y arraigadas en nuestro medio. Los profesionales tienen que ser los primeros en evitar este tipo de actitudes y, sin embargo, algunos estudios demuestran que en los ensayos clínicos se produce este tipo de discriminación por razón de edad, de forma absolutamente injustificada y en proporciones muy altas **(44, 88)**.

La secuencia de identificación, evaluación y acción comienza, por tanto, en este punto, donde la **identificación** se realiza habitualmente a través de estos signos de alarma que constituyen los factores de riesgo. La **evaluación** se debería realizar seguidamente, por un equipo interdisciplinar, que pueda tener acceso tanto al paciente como al cuidador. Entraríamos en lo que denominamos prevención secundaria.

Para la valoración global del mayor maltratado primero hay que saber cuáles son los grupos de riesgo y por tanto deben ser valorados como posibles víctimas; hay que conocer las herramientas de valoración y el lugar apropiado para llevar a cabo esta evaluación **(89)**.

## Cribado

Disponer de instrumentos validados de cribado ante cualquier problema de salud es un paso de extraordinaria relevancia para abordar situaciones complejas como el maltrato, sobre todo cuando, por diversas circunstancias, se suele mantener oculto. Por desgracia, hasta ahora disponemos de pocos instrumentos validados (90):

- **H.A.L.F. (91).** Acrónimo de *Health, Attitudes towards ageing, Living arrangements* y *Finances*. Es un instrumento que ve el maltrato como un problema de la dinámica familiar. Usa una escala con 37 ítems para la valoración de cada una de estas áreas, indicando la frecuencia con que determinados sucesos tienen lugar. Requiere entrevista y periodo de observación, junto a una historia social, por lo que lleva mucho tiempo.
- **Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HSEAST) (92).** Es un instrumento con 15 preguntas directas al mayor, elegidas entre más de 1000. Sólo mide tres aspectos del maltrato a mayores: potenciales situaciones de maltrato, vulnerabilidad y, por último, violación de derechos o maltrato físico. Es fácil y rápido de administrar (se puede autoadministrar), pero no discrimina tipos de maltrato. No se conocen completamente su efectividad y sus limitaciones, porque no está comprobada su validez y fiabilidad y porque tiene una elevada tasa de falsos positivos.
- Los tres instrumentos validados por Reis y Nahmiash:
  1. **Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE) (93).** Son cinco preguntas breves, por lo que lleva sólo un minuto completarlo. Lo que se pregunta directamente es si se sospecha maltrato y de qué tipo. La persona que lo administra debe estar entrenada, pero no se especifica cómo, o qué certifica su entrenamiento. Las preguntas se dirigen a la posible víctima y también al cuidador.
  2. **The Caregiver Abuse Screen (CASE). (94).** Son ocho preguntas de respuesta cerrada (sí o no), que se dirigen al cuidador.

3. **Indicators of Abuse Screen** (IOA). Este instrumento fue diseñado en 1998 (95). Se validó por sus autores a través de una muestra de pacientes a los que se había administrado el BASE, de modo que los dos grupos contaran con individuos clasificados como “sospecha de maltrato” y “no sospecha de maltrato”. El cuestionario contenía 29 variables, de las que 27 fueron validadas como indicadores de maltrato, ya que discriminaban casos de no casos correctamente en el 78-84%. De ellas, 15 hacían referencia al mayor y 12 al cuidador, basándose fundamentalmente en los cuidados recibidos y su calidad. Cada indicador de maltrato se puntúa entre 0 y 4, tras una valoración exhaustiva en el domicilio. El punto de corte que indica maltrato es 16. Tiene validez interna y posteriormente a su validación ha demostrado clasificar correctamente porcentajes de casos superiores a los encontrados inicialmente. Su aplicación requiere de 2 a 3 horas, si el que lo administra está entrenado y tiene experiencia administrándolo.
- **Elder Assessment Instrument** (EAI), (96), que incluye una valoración general, y una física, social y médica y del nivel de independencia. Se trata de una lista de 42 preguntas dirigidas al mayor. Cada sección se acompaña de una escala de valoración y de un área para comentarios adicionales. Aunque recoge los datos en formato cuantitativo, la valoración global se deriva de la interpretación clínica de los hallazgos en las secciones previas. La validez interna es del 0,83, la fiabilidad interobservador del 0,83, la sensibilidad del 71% y la especificidad del 93%. Disponible en castellano y fácil de administrar, requiere entrenamiento.
  - **Elder Abuse Suspicion Index** (EASI). Son 5 preguntas directas al mayor. Se comentará más adelante cómo se validó en España.

De los estudios llevados a cabo en Estados Unidos sobre instrumentos de detección destacamos uno publicado en 2004, cuyo objetivo principal era examinar la evidencia de los riesgos y beneficios de usar herramientas de detección de maltrato de pareja y en la familia, como parte de las evaluaciones

en salud. Los autores seleccionaron de diversas fuentes habituales, estudios originales en lengua inglesa, centrados en el desarrollo de instrumentos de detección o en la eficacia de intervenciones basadas en el cuidado de la salud. Entre los 1045 *abstracts* identificados en las bases de datos consultadas, solamente encontraron 3 estudios de instrumentos de detección de maltrato en personas mayores y ninguno que midiera la eficacia de intervenciones llevadas a cabo para prevenirlo. No existían ensayos que demostraran la eficacia de la detección del maltrato para reducir el daño producido. Algunos instrumentos de detección demostraron consistencia interna y han sido validados, pero ninguno se ha evaluado frente a violencia medible o resultados de salud. Concluían que eran muy pocos los estudios provistos de datos sobre la detección y el manejo que pudieran guiar a los clínicos **(8)**. Los datos relativos a personas mayores que se obtuvieron en esta revisión fueron escasos a pesar de la cantidad de fuentes consultadas.

En cuanto a otros estudios de ámbito internacional sobre instrumentos de detección, destacaré lo siguiente:

- En 2004 se desarrolló un proyecto cuya intención era validar un instrumento para la detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores a nivel internacional, “Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: Capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial” **(97)**.
- España participó en este proyecto, publicándose posteriormente la adaptación lingüística y cultural de dicho instrumento **(98)**. El *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) o Índice de Sospecha de Maltrato hacia los Mayores consiste en un número limitado de preguntas breves, dirigidas a personas mayores en cualquier nivel asistencial, que no padezcan deterioro cognitivo. El objetivo es detectar sospecha de maltrato, no detectar casos, y lo que se logra al difundir este cuestionario es familiarizar al profesional con aquellas preguntas dirigidas a ir abordando el problema.

- Para validar el EASI, se comparó después con el FETS (Formulario de Evaluación de Trabajo Social), una entrevista estandarizada para evaluar a mayores en riesgo de maltrato y que desde su origen aplican los profesionales del Área Social. Los resultados encontraron un índice de sensibilidad de 0,47 y una especificidad de 0,75 **(99)**.

### **Prevención secundaria**

El objetivo de la prevención secundaria es detectar el riesgo de violencia y evitar que persista una situación indeseada y concreta ya iniciada. Cuando se han producido los primeros signos de violencia hay que tratar de evitar consecuencias mayores que se prolonguen a lo largo del tiempo, ya que existe el riesgo de que las cosas vayan a peor y la solución sea más complicada. El maltrato raras veces se resuelve de forma espontánea; más bien tiende a escalar en una espiral de violencia, que cada vez va a más; los eventos se tienden a repetir **(100-101)** y continuarán hasta que se produzcan cambios en el entorno. Esos cambios pueden no ocurrir debido a que entre un 25% y un 75% de los casos las víctimas o sus familias rechazan la ayuda **(100), (102-104)**.

Para desarrollar esta fase de intervención, es necesario conocer bien los factores de riesgo que antes mencionábamos y hacer una valoración geriátrica exhaustiva, que en este caso comienza por los indicadores de malos tratos.

Tras analizarse distintos instrumentos de cribado, todavía se considera que no se dispone de uno capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo y que debe seguir la investigación en este campo **(105)**.

#### *Indicadores de malos tratos*

En la práctica clínica nos interesa conocer cómo se valora a un anciano que se encuentra en riesgo de ser maltratado y cuáles son los indicadores que nos deben hacer sospechar que este maltrato existe. Estos indicadores tienen una alta sensibilidad (84,4%) y especificidad (99,2%) **(95)**.

Tenemos que recordar que, como dijo Claude Bernard y ocurre tantas veces en Medicina, quien no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra, y

precisamente el maltrato no es problema que se haga evidente de forma directa y sencilla, sino que se encuentra oculto y, con frecuencia, el propio interesado es el primero que trata de mantenerlo escondido, ya sea por vergüenza, por miedo, o en el caso de muchos mayores, por incapacidad para comprender lo que ocurre, interpretarlo y denunciarlo. Por tanto, la exploración física debe ser exhaustiva y dirigida **(106)**.

Indicadores físicos: Coloración pálida de piel y mucosas, signos indicativos de anemia, con posibilidad de que sea de origen carencial; deshidratación; bajo peso y atrofia muscular; úlceras por presión en estadios avanzados o infectadas, que pueden ser indicativas de falta de cuidados; quemaduras (las de cigarrillo, perpendiculares y no oblicuas, así como las de plancha, radiador y otras, suelen ser intencionales y no producidas por descuido); las erosiones, abrasiones, hematomas y otras lesiones en diferentes estadios evolutivos y en distintas zonas del cuerpo deben hacer sospechar en malos tratos continuados; los hematomas figurados que reproducen los dedos (digitales) o sujeciones exageradas a nivel de los brazos deben ser valorados cuidadosamente. Arañazos. Áreas de alopecia por arrancamiento. Marcas de cuerdas o de otros instrumentos de contención forzada e inapropiada; marcas en la boca por instrumentos duros o quemaduras, o roturas de dientes, sugieren alimentación forzada o muy caliente. Fracturas repetidas en distintas fases de consolidación, que no se explican bien por una caída simple o que pueden asociarse a caída acelerada por empujón; otras lesiones producidas por arma blanca o por arma de fuego son excepcionales pero no imposibles. Escasa higiene, intertrigo que no ha sido tratado, faneras sin cuidados adecuados; mala vestimenta o no adecuada a la época del año; ausencia de ayudas técnicas necesarias (andador, bastón, muletas), mal estado de las prótesis, sobremedicación con efectos secundarios y iatrogenia, ausencia de medicación o incumplimiento terapéutico, enfermedades crónicas descompensadas sin una causa que lo justifique; relatos que no concuerdan al hacer la anamnesis sobre el mecanismo de producirse las heridas o la enfermedad por la que consultan.

Indicadores psíquicos: desconfianza, negativa a la exploración, actitud de miedo; pasividad, retraimiento, resignación, “dejarse hacer”; ansiedad,

agitación, depresión; mirar al cuidador antes de contestar, en actitud de “pedir permiso”, miedo a expresarse; evitar el contacto visual.

Indicadores sexuales: infecciones genitales correspondientes con las ETS, hematomas en la zona interna de los muslos, metrorragia sin causa tras estudio, que el paciente exprese que ha sufrido agresión.

Indicadores económicos: pérdida de la noción de lo que gana y cómo lo administra o de las propiedades que tiene y su valor, con excesiva preocupación por tener más conocimiento de todo esto; falta de efectos personales, objetos de valor del domicilio, joyas; movimientos de dinero en sus cuentas que no haya podido realizar; cambios en el testamento favoreciendo a personas con afectos establecidos recientemente.

Indicadores de negligencia: falta de medicación con descompensación de enfermedades crónicas o signos de sobremedicación, mala higiene, vestimenta no apropiada, deshidratación, faneras mal cuidadas, boca séptica, úlceras en mal estado, pérdida de peso sin otra causa orgánica.

Una forma sistematizada de recoger todos los indicadores de maltrato la ofrece el modelo de Virginia Henderson que enumera las Necesidades Básicas que tiene cualquier persona mayor. La no cobertura de dichas necesidades por parte del cuidador sugeriría conducta negligente o daño intencionado. Estas necesidades son: respirar normalmente, comer y beber, eliminación, moverse y mantener la posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene y proteger la piel, evitar peligros, comunicarse, vivir según valores y creencias, ocuparse de la propia realización, participar en actividades recreativas, aprender **(107)**.

En 1994, la *Canadian Task Force* publicó unas Guías de Práctica Clínica para la prevención secundaria del abuso y maltrato a las personas mayores **(108)**. El objetivo era proporcionar recomendaciones a los médicos de familia para la detección, evaluación y manejo del abuso o maltrato a los pacientes de 65 ó más años. Se realizó una revisión sistemática, a través de una búsqueda de MEDLINE, de los artículos publicados entre enero de 1980 y febrero de 1994. Las conclusiones fueron similares a las ya expuestas en relación con otros artículos y revisiones; existe pobre evidencia para incluir la búsqueda de casos



de malos tratos en ancianos o para excluirla del examen periódico de salud. Sin embargo, se considera prudente que los médicos estén alerta a los indicadores y, si el maltrato es descubierto, tomar las medidas oportunas para prevenir que continúe. Las recomendaciones de la *American Medical Association* consideran apropiado interrogar rutinariamente a los ancianos con preguntas directas **(109)**. El cuestionario propuesto consta de varias preguntas. Una respuesta positiva a cualquiera de ellas basta para sospechar maltrato; este cuestionario no ha sido validado en España y tiene la desventaja de no ser aplicable en enfermos con cierto grado de deterioro cognitivo.

Entre las acciones preventivas que deberían establecer las administraciones cuando se dan indicadores de maltrato cabe citar: una mayor asignación de recursos para los cuidados de personas en situación de dependencia y cambios en la normativa laboral que faciliten la reducción de jornada con remuneración adecuada cuando se cuida de ancianos dependientes. Como se ha comentado, la falta de medios económicos y de tiempo para los cuidados prolonga necesariamente una situación de violencia.

### **Prevención terciaria**

La prevención terciaria va encaminada a resolver las complicaciones, enseñar estrategias a poner en marcha para que no se repita, y aportar los recursos de que se disponga para proteger al maltratado. Se trata de minimizar las consecuencias físicas y psicológicas derivadas del suceso y reducir las incapacidades asociadas a las secuelas.

La intervención es complicada y siempre debería ser interdisciplinaria **(64)**. El protocolo de detección y seguimiento del maltrato en instituciones sanitarias llevado a cabo por la Comisión contra la Violencia del Hospital Clínico San Carlos se divide en 4 apartados, según el profesional encargado de la valoración **(89)**:

El médico tiene como objetivo identificar los casos de malos tratos, a través de la anamnesis y la exploración física. Para ello, debe entrevistar por separado al anciano y al cuidador y conocer bien los indicadores de sospecha. Además

debe realizar una cuidadosa valoración funcional, mental (cognitiva y afectiva) y social. Para valorar el riesgo tiene que diferenciar si se trata de una situación aguda o crónica y valorar las lesiones físicas.

Si tras esta evaluación NO se confirma el maltrato, se comunicará la sospecha a Trabajo Social, para el seguimiento del caso en Atención Primaria y Servicios Sociales.

Si se confirma, se comienza el plan de acción integral:

- Emitir parte de lesiones.
- Informar a la víctima (posibilidades, recursos, denuncia).
- Registro de la detección.

A continuación, valorar si estamos ante una posible situación de emergencia:

Si no la hay, alta.

Si la hay, comunicar al juzgado e ingreso hospitalario.

El personal de enfermería: deben identificar factores de riesgo, señales de alerta, tener una actitud de escucha activa, comprobar la cumplimentación del registro, informar a Admisión (disociar su identidad), recoger la información en la historia clínica, transmitir la información a Atención Primaria, valorar capacidad de cuidados de la familia.

El trabajador social se debe entrevistar con el paciente y familiares. También recabar información de Atención Primaria y Servicios Sociales. Si no se confirma pero se mantiene la sospecha, enviará informe social a Primaria. Si están ingresados y se confirma, indicará los trámites a seguir. Si no pueden volver a su domicilio, gestionará alternativa al alta. Si además el paciente sufre deterioro cognitivo, iniciará los trámites de incapacitación legal.

El psicólogo reconocerá la situación de malos tratos y valorará su impacto. Aumentará la seguridad física y psicológica. Evaluará la peligrosidad y los recursos de apoyo. Instruirá en técnicas de autocuidado y afrontamiento. También le corresponde la recuperación tras las reacciones de estrés postraumático.

La prevención terciaria consta, por tanto, de una primera fase de atención a las lesiones derivadas del episodio de violencia y de una segunda fase, en que se pondrían en marcha todas las estrategias de prevención secundaria para evitar que se vuelva a repetir y se prolongue la situación en el tiempo.

Todos los casos de maltrato, sospechado o probado, deben seguir revisiones regulares. El paquete de medidas variará de caso a caso, pero en líneas generales debe incluir:

- Información para la salud y soporte.
- Ayuda en los cuidados.
- Atención en Centros de Día si es posible.
- Institucionalización si es necesario (como último recurso y siempre con su consentimiento). Hospitalización.
- Provisión de medios para la atención y cuidados.
- Consejo (sobre el manejo, los cuidados, financiero).
- Intervención legal y policial. Limitar el contacto con el agresor mediante medidas legales.
- Realojo.

Antes de comenzar a aplicar las medidas adecuadas a cada caso tenemos que tener muy claro cómo afronta la víctima el problema; si autoriza la intervención, si reconoce el alcance de la situación que se ha producido, cómo puede evolucionar en el tiempo y qué puede llegar a suceder; si acepta las medidas que se proponen para que no se perpetúe la situación. Es imprescindible que se valore el deterioro cognitivo, para conocer el grado de colaboración que puede prestar en la instauración de medidas preventivas y para promover medidas de protección en caso de encontrarnos ante un presunto incapaz.

El nivel de daño perpetrado y el tipo de maltrato van a condicionar el tipo de intervención y su urgencia. Para ello, no sólo hay que identificar las lesiones provocadas por los malos tratos sino que hay que averiguar la frecuencia con que se producen estos.

Además, es importante saber si ya se han producido en el pasado situaciones de este tipo, que hayan sido evaluadas y encauzadas y analizar las causas del fracaso de las medidas interpuestas, para evitar que se volvieran a repetir.

## APORTACIÓN PERSONAL

### **III.1.HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Como se desprende de la introducción mi principal inquietud es buscar cómo detectar y cuantificar un problema (malos tratos a personas mayores) que se presume muy prevalente, pero está oculto en su mayor parte y apenas es abordado por los profesionales de la salud. Si conseguimos cuantificar el maltrato, podremos dar una mejor respuesta al problema. Por ello, cabe pensar que disponer de una encuesta breve que ayude a detectarlo facilitará su evaluación y ayudará a aplicar las medidas oportunas para su control.

## **III.2.OBJETIVOS**

1. Calcular la prevalencia de maltrato de que han sido víctimas pacientes mayores hospitalizados por fractura de cadera.
2. Describir la prevalencia de los distintos tipos de maltrato en esa población.
3. Analizar los factores de riesgo de maltrato a que han estado sometidos.
4. Diseñar y validar una encuesta capaz de detectar la sospecha de maltrato en distintos niveles asistenciales. Es decir, elaborar una herramienta de cribado que facilite la detección del mismo.
5. Identificar casos que han sido denunciados y las medidas que se han recomendado en cada caso, agrupándolos según las circunstancias en que se producen.
6. Elaborar un protocolo de diagnóstico-detección y medidas de prevención una vez establecida la sospecha de maltrato para evitar la progresión del mismo.

En último término y como objetivo global contribuir a sensibilizar a la población sanitaria, especialmente a los médicos, en un campo de gran trascendencia médica y social, que en la mayoría de los casos permanece oculto y carente de atención.

## **III.3.MATERIAL Y MÉTODOS**

### **III.3.A. MUESTRAS**

#### **III.3.A.1) Estimación de la prevalencia**

El patrón oro de referencia para el diagnóstico de maltrato en personas mayores es la valoración geriátrica integral (VGI) **(110)** multidimensional, preferentemente llevada a cabo por un equipo multidisciplinar **(25)**.

Por tanto, para conocer la prevalencia de maltrato, se utilizó como referencia la VGI, a partir de la historia de cada paciente valorado por la autora y por una trabajadora social. Ambas discutimos en detalle cada caso hasta alcanzar un acuerdo sobre la existencia o no de maltrato, y sobre sus características. Se recogió información de la historia clínica y de las pruebas complementarias realizadas, de la valoración del paciente y de su familia. Investigadora y trabajadora social, estábamos previamente formadas y entrenadas en este campo, y éramos miembros de la Comisión Contra la Violencia del hospital.

La muestra para el estudio de prevalencia la formaron los pacientes de 70 o más años que ingresaron en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid para tratamiento de una fractura de cadera en un periodo de 12 meses (enero 2007 a diciembre 2007, ambos inclusive). Incorporamos al estudio a la mitad de estos pacientes con una selección alterna estricta, ya que, por razones operativas nos era imposible incluir a todos. Para el análisis de datos se excluyeron también aquellos que fallecieron durante el ingreso hospitalario.

#### **III.3.A. 2) Validación de la encuesta**

El objetivo de estimación de prevalencia, además de precisar de una muestra como la anteriormente descrita, se trató de alcanzar a través de la aplicación de una encuesta de cribado. Otro de los objetivos fundamentales fue validar esa encuesta.



La muestra a la que aplicar la encuesta la formaron los pacientes de 70 o más años que ingresaron en el Servicio de Traumatología del mismo hospital, también para tratamiento de una fractura de cadera a partir de marzo de 2011, hasta completar el tamaño muestral estimado, más un 20% extra para compensar posibles pérdidas. De nuevo se recogieron datos de la mitad de los pacientes ingresados. De este segundo grupo se excluyeron, además de los fallecidos durante el ingreso hospitalario, los que sufrían un deterioro cognitivo de gravedad tal que impidiera la comprensión de la encuesta y aquellos que no aceptaron hacer la encuesta firmando el consentimiento.

Esta misma encuesta fue aplicada también a otras dos poblaciones externas, ambas de centros ubicados fuera de Madrid en los que tuve ocasión de trabajar entre los años 2004 y 2005:

- Pacientes que recibían asistencia domiciliaria por parte del Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES Terra Alta) del Hospital de la Santa Creu de Tortosa. En este grupo se incluyeron todos los pacientes sucesivos mayores de 65 años valorados por dicho PADES en un periodo de 6 meses. Se excluyeron los pacientes con demencia avanzada y los del programa de cuidados paliativos.
- Pacientes hospitalizados en la Unidad de Media Estancia del Hospital San Rafael de Granada. En su mayoría lo eran por fractura de cadera o ictus, remitidos desde el Hospital Clínico San Cecilio de Granada para rehabilitación tras superar la fase aguda de la enfermedad. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años, asignados a la Unidad de Hospitalización de la investigadora.

### **III.3.A.3) Casuística**

Se incluye como apéndice una “Casuística de Violencia” recogida en Granada. En este caso, la muestra la constituyen personas mayores de 65 años que se vieron comprometidas en situaciones de violencia que llegaron a los Tribunales de Granada tras una denuncia en el juzgado, y para quienes el juez solicitó un informe pericial por parte de la Unidad de Valoración de Violencia Familiar. Se

describen aquellos casos en los que la investigadora fui consultada como experta para participar en la valoración realizada por dicha Unidad.

### III.3.B. ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA

Los criterios usados para la elaboración de esta encuesta fueron los siguientes:

- Un número de preguntas limitado para evitar que la duración fuera excesiva, al tratarse solamente de un instrumento de cribado.
- Que cada una de las preguntas fuera claramente comprensible.
- Que pudiera ser usada por personal no entrenado.
- Que las preguntas abarcasen los distintos tipos de maltrato que se han descrito en las personas mayores. Sin embargo, se consideró preferible que las preguntas para los distintos tipos estuvieran intercaladas.
- Que se basara en un cuestionario directo al paciente sin la presencia o intervención del cuidador.
- Que tuviera paralelismos con algunas encuestas bien probadas usadas para la detección del maltrato en otros entornos, como el maltrato de pareja a la mujer.
- Que la valoración final de la encuesta fuera una puntuación cuantitativa y fácil de interpretar.

En la tabla 6 encontramos las preguntas de la encuesta.

¿Cree que le dan la medicación que le deben dar, a tiempo?	Sí	No
¿Cree que le llevan bien el régimen de alimentación, que come bien?	Sí	No
¿Le hacen suficiente compañía?	Sí	No
¿Recibe el cariño adecuado?	Sí	No
¿Cuántas horas pasa solo?	.....	
¿Realiza alguna actividad de ocio?	Sí	No
¿Ha tenido que firmar documentos que no comprendía?	Sí	No
¿Siente que le quitan su libertad?	Sí	No
¿Se siente amenazado?	Sí	No
¿Alguien le hace daño?	Sí	No
¿Le gritan a menudo?	Sí	No

Tabla 6. Preguntas de la encuesta

A la confección de esta encuesta contribuyó una Catedrática de Medicina Legal y Forense especialista en bioética y valoración de violencia en el medio familiar, y codirectora del trabajo. Acordamos la redacción de cada una de las preguntas y la estructura final de la encuesta. Al enfermo se le pedía que contestara con un sí o un no, a pesar de sus posibles comentarios o matizaciones, para concretar en una respuesta cerrada.

Se asignó 1 punto a cada respuesta negativa en el caso de las cinco primeras preguntas (conductas por omisión) y 1 punto a cada respuesta afirmativa en las cinco últimas (conductas inapropiadas activas). Se consideró a priori como punto de corte una puntuación total de 1 ó más puntos, ya que se buscaba incrementar la sensibilidad a expensas de la especificidad en la detección del maltrato. Se consideró que la sospecha de maltrato era muy elevada en aquellos con 4 o más puntos.

En la interpretación de los resultados, las preguntas realizadas se pueden agrupar según los distintos subtipos de maltrato que vemos en la tabla 7.

<i>Maltrato psicológico</i>	<i>Abandono/Negligencia</i>
¿Le hacen suficiente compañía? ¿Recibe el cariño adecuado? ¿Siente que le restringen su libertad? ¿Se siente amenazado? ¿Le gritan a menudo?	¿Cree que le dan la medicación que le deben dar, a tiempo? ¿Cree que le llevan bien el régimen de alimentación, que come bien? ¿Cuántas horas pasa solo? ¿Realiza alguna actividad de ocio?
<i>Maltrato físico</i>	<i>Abuso económico</i>
¿Alguien le hace daño?	¿Ha tenido que firmar documentos que no comprendía?

Tabla 7

### III.3. C. VARIABLES

#### En el **estudio de prevalencia**

- *Determinación de la sospecha de maltrato:* El patrón de referencia para calcular la prevalencia de la sospecha de maltrato fue la VGI multidisciplinar. En cada caso se llegó a un acuerdo de si existía o no sospecha de maltrato. Los criterios de sospecha se derivaron de la valoración clínico-social, evaluando específicamente las circunstancias de la caída y fracturas múltiples o en distintos estadios de evolución. También se recogieron cuidadosamente todas las circunstancias sociofamiliares que hicieran sospechar un maltrato. El equipo se atuvo a la definición de maltrato propuesta por la OMS (17).
- *Clasificación del maltrato:* Se utilizó la clasificación expuesta anteriormente (111). Para diferenciar el abandono (no querer asumir la familia los cuidados al alta) de las situaciones de negligencia, la escala fue la siguiente: Abandono, negligencia, maltrato físico, maltrato psicológico, abuso económico, discriminación y maltrato institucional.

- *Tipo de sospecha:* Se dividió, según el grado de seguridad tras la evaluación, en: clara sospecha, dudoso maltrato, denuncia y situación de riesgo.
- *Edad.*
- *Sexo.*
- *Situación funcional previa al ingreso:* Se utilizó el índice de Katz **(112)** y la FAC **(113)**. El índice de Katz de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) evalúa 6 actividades y la capacidad del sujeto para realizarlas de forma independiente (sin supervisión, dirección o ayuda personal) o dependiente. Estas actividades son: baño, vestido, uso del retrete, transferencias (movilidad), continencia de esfínteres, alimentación. Según este índice encontramos desde pacientes independientes para todas las ABVD (Katz A) hasta dependientes para todas las ABVD (Katz G). También fueron clasificados en dependientes (si su índice de Katz era C, D, E, F o G) vs. independientes (Katz A/B). Para la valoración de la marcha la FAC (*functional ambulation category*) distingue 6 grados de movilidad según el sujeto pueda deambular en llano y escaleras sin ayuda hasta hacer vida cama-sillón precisando gran ayuda para el traslado. El 0 significa deambulación ineficaz, y el 5 marcha independiente, incluso en escaleras.
- *Situación mental previa al ingreso:* El deterioro cognitivo se clasificó en no padecerlo, leve, moderado y grave, según los datos de la historia clínica, la anamnesis y la exploración. No se utilizó ninguna herramienta de cribado por tratarse de pacientes hospitalizados. El diagnóstico de delirium fue clínico.
- *Situación social:* Se recabó información acerca del estado civil y el núcleo de convivencia. Se recogieron datos del cuidador principal (cónyuge, hijo/a, sobrino/a, nieto/a, hermano/a, cuidador remunerado, otros). También el número de hijos y la ayuda social recibida. Se recogía la procedencia del paciente (institución o domicilio) y el destino al alta. También posibles adicciones y enfermedades mentales del cuidador principal (alcoholismo, drogas, esquizofrenia, otros).
- *Diagnósticos relevantes:* Además de recogerse los antecedentes personales, se calculó el índice de Charlson **(114)** para evaluar la

comorbilidad. Este índice puntúa 22 enfermedades frecuentes entre 1 y 6 puntos según el riesgo de fallecer en relación con esa enfermedad. El resultado que se obtiene de la suma predice la mortalidad del paciente a un año.

- *Exploración física*: Los datos registrados tenidos en cuenta fueron: la presencia de úlceras por presión y su estado, presencia de lesiones y/o quemaduras, lesiones antiguas junto a otras más recientes, y datos concretos de abuso.
- *Tratamiento*: Acerca de la medicación se especificaron los casos de sobremedicación (entendiendo como tal la aparición de efectos secundarios por exceso de dosis) y los descuidos en las dosis.

Las variables recogidas en los estudios de **uso de la encuesta**, en las tres poblaciones, fueron las mismas que se han descrito anteriormente. Variables sociodemográficas (edad y sexo), evaluación de la situación funcional y mental, situación social, y valoración biomédica (diagnósticos, exploración física y tratamiento). Las dos únicas diferencias fueron:

- En los pacientes que se encontraban en su domicilio se realizó también el test minimental **(115)** para la valoración cognitiva y la escala de depresión geriátrica **(116)** para la valoración afectiva.
- La determinación de sospecha de maltrato, en este caso, se realizó a partir de los resultados de la encuesta, según se ha desarrollado en el apartado específico para describir la encuesta y su interpretación.

### III.3. D. MÉTODO ESTADÍSTICO

Se calculó el tamaño muestral para una prevalencia de un 4%, siendo necesario realizar la encuesta a 52 sujetos, para un intervalo de confianza del 95%, asumiendo un error del 5%. El tamaño muestral que exigiría una prevalencia del 12% en la población de referencia, como fue la encontrada por nosotros, se estimó, mediante el programa Raosoft, en 60 sujetos para un nivel de confianza del 99%.

El análisis de los datos se realizó mediante SPSS, versión 19.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables con medidas de tendencia central y

dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para evaluar la asociación entre las variables y la sospecha de maltrato se utilizaron tablas de contingencia, aplicándose el test de chi cuadrado en la comparación de proporciones y la t de Student en la comparación de medias.

## III.4. RESULTADOS

### III.4.A. ESTUDIO DE PREVALENCIA

#### Prevalencia de sospecha de maltrato

En este estudio la **prevalencia** encontrada de sospecha de maltrato fue de un **12%**.

La figura 2 muestra las características (distribución por sexo, edad) de la población que se evaluó en el estudio de prevalencia. La situación funcional previa de esta población se muestra en la figura 3. La mayor parte de los pacientes eran independientes para las ABVD antes del ingreso.

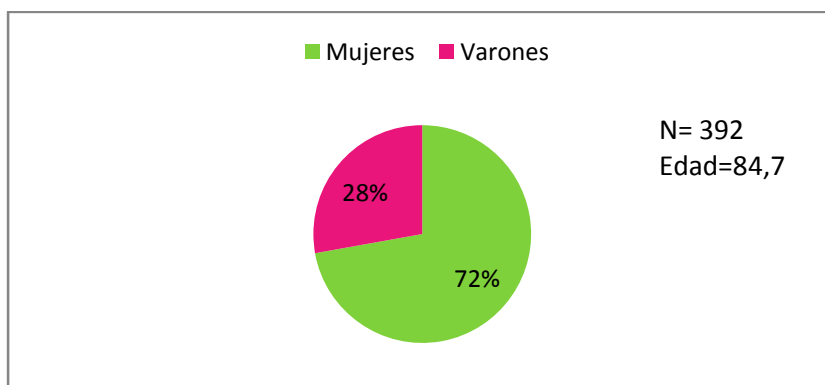


Figura 2. Distribución por sexo de la muestra analizada para el estudio de prevalencia

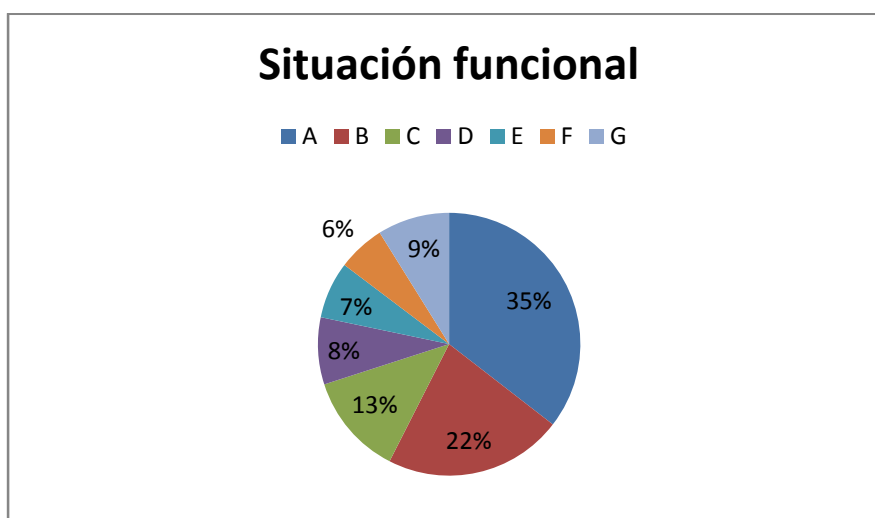


Figura 3. Situación funcional de la población para el estudio de prevalencia



Cerca de la mitad de los pacientes presentaban deterioro cognitivo, sobre todo en estadio leve. La prevalencia de deterioro cognitivo se muestra en la figura 4

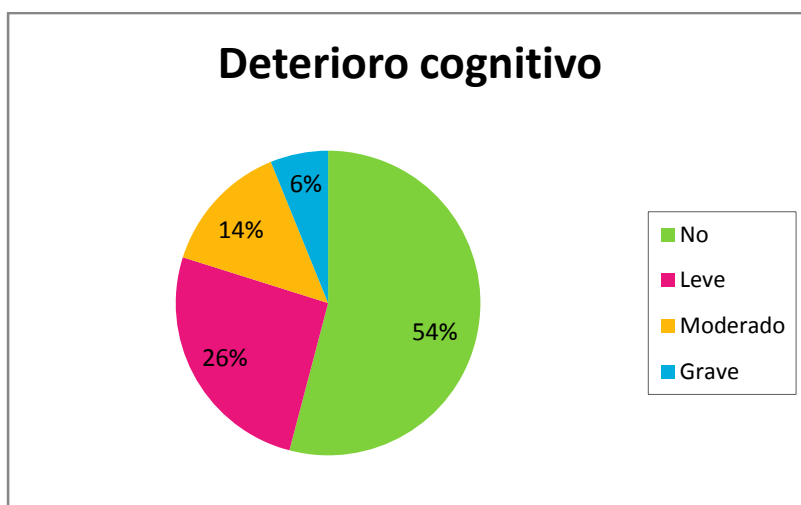


Figura 4. Situación cognitiva previa al ingreso en el estudio de prevalencia

Dos tercios de los cuidadores principales son hijas o hijos, seguido de cónyuges, sobrinos, hermanos, nietos, cuidadores privados y otros (ver figura 5). Con respecto a la salud mental del cuidador encontramos que un 0,5% presentan alcoholismo, un 1,3% estaban diagnosticados de esquizofrenia y de otro tipo de patología un 2%.

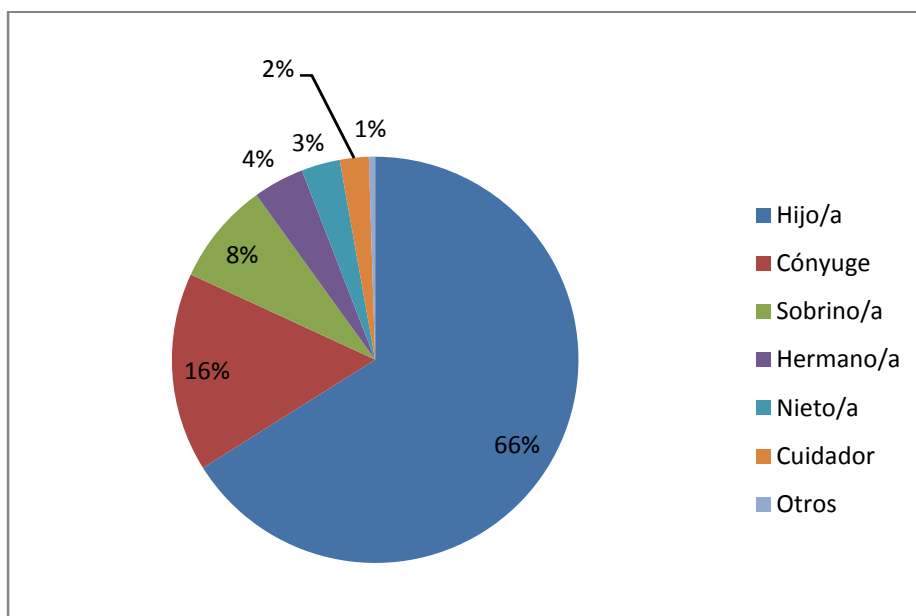


Figura 5. Relación con el cuidador principal en el estudio de prevalencia

Cerca de un 20% de los pacientes evaluados no tienen hijos. El 46% tiene uno o dos hijos, el 30% entre 3 y 5, y el 4% más de 5.

Al alta fueron institucionalizados más del doble de los que ingresaron procedentes de residencias (ver figura 6).

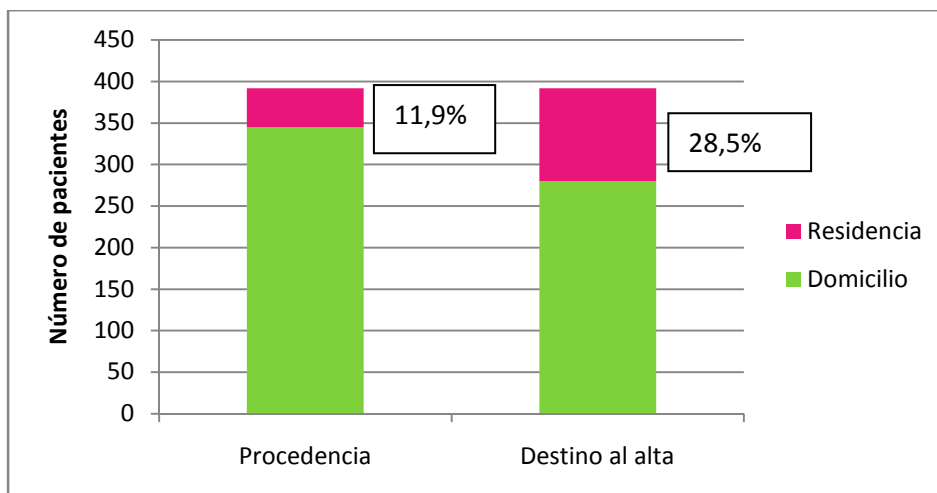


Figura 6. Destino al alta

Destaca una prevalencia de maltrato superior a la media en los meses de agosto (20.7%), septiembre (21.9%), marzo (19,4%) y enero (18.8%), como se ve en la figura 7.

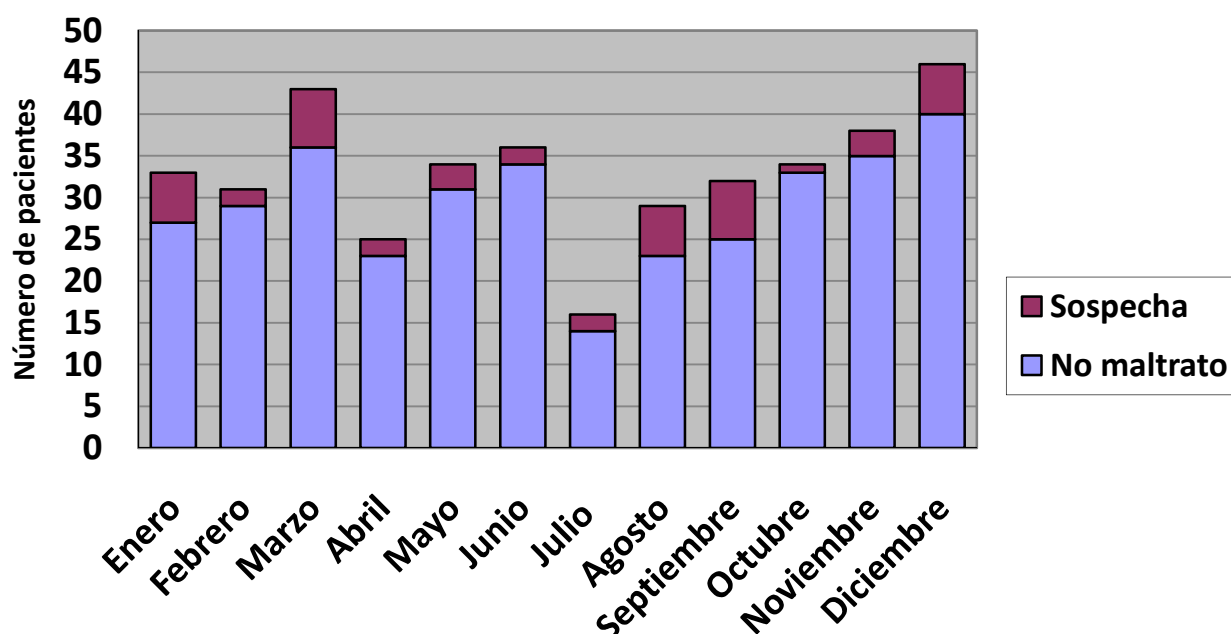


Figura 7. Distribución según los meses en que se produce el maltrato

## Características de los casos de maltrato

-Edad: la edad media en el grupo de pacientes que consideramos casos (sospecha de maltrato) fue de  $85,4 \pm 6,9$  y en el grupo control (no maltrato) fue  $84,6 \pm 5,7$  ( $p = 0,51$ ).

-Sexo: entre los casos el porcentaje de mujeres fue del 76,6%, mientras que entre los controles encontramos un 71,7% de mujeres. Diferencias no significativas ( $p = 0,48$ ).

-Situación funcional y mental: las figuras 8 y 9 muestran el porcentaje de pacientes en cada grado de dependencia para las ABVD según el índice de Katz, tanto del grupo de sospecha (casos) como del grupo control. No hubo diferencias entre ambos grupos respecto a la situación funcional previa ( $p = 0,28$ ). En cuanto al deterioro cognitivo (figuras 10 y 11) existía una diferencia significativa en el grupo de deterioro cognitivo grave, siendo éste un factor de riesgo para sufrir maltrato.

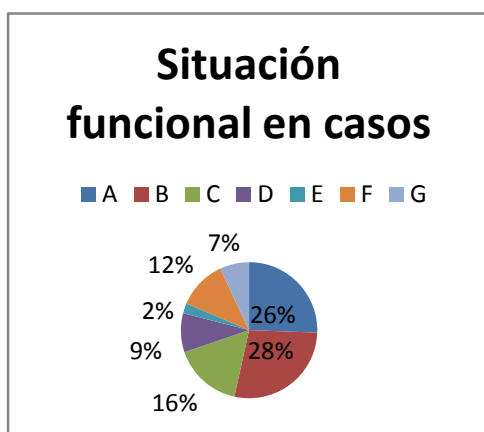


Figura 9. Situación funcional

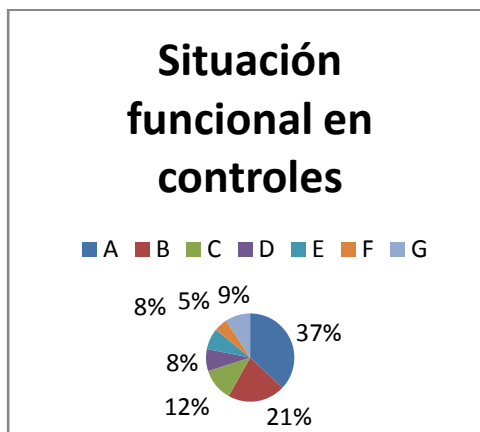


Figura 10. Situación funcional

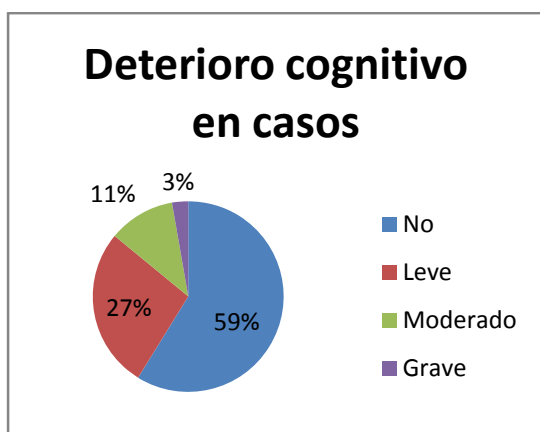


Figura 11. Deterioro cognitivo

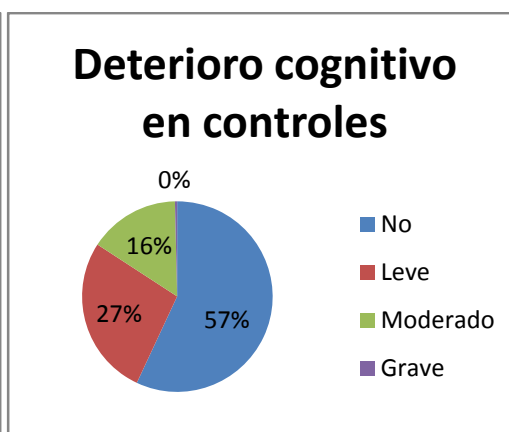


Figura 12. Deterioro cognitivo

-Número de hijos: El grupo de pacientes en que se sospechó maltrato tenía una media de  $2,6 \pm 2,1$  hijos, mientras que en aquellos sin sospecha lo era de  $1,99 \pm 1,6$ , ( $p=0,015$ ). Sería un factor de riesgo para sufrir malos tratos tener un elevado número de hijos (de 6 a 9) (Tabla 8).

	Sin hijos	1-2 hijos	3-5 hijos	6-9 hijos
Casos	17%	36,2%	38,3%	8,5%
Controles	20,7%	46,7%	20,6%	3,4%

Tabla 8. Número de hijos y riesgo de malos tratos

Si consideramos solamente los casos en los que la sospecha es muy clara, eliminando los más dudosos, la prevalencia de maltrato en esta población es de un 4,2% (figura 13).

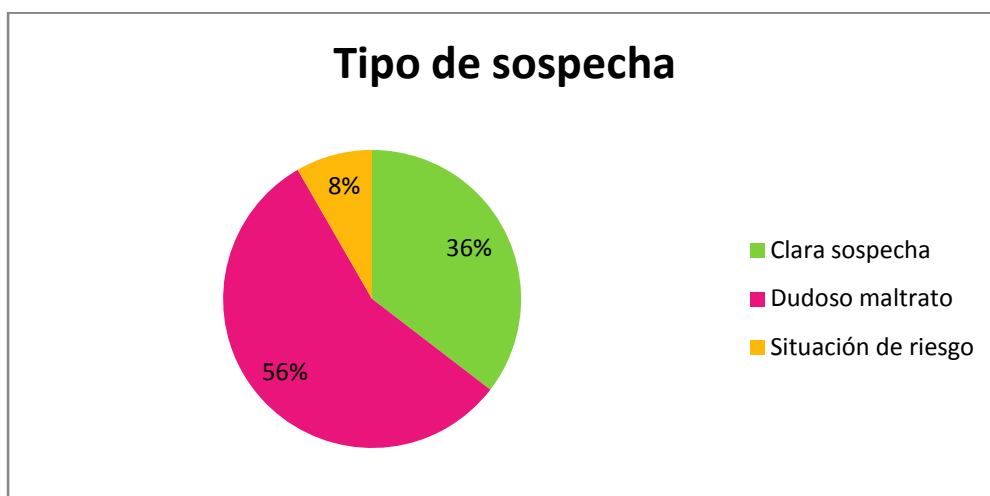


Figura 13. Tipo de sospecha

El principal tipo de maltrato fue el abandono, con cerca de dos tercios de los casos, seguido del abuso económico (figura 14).

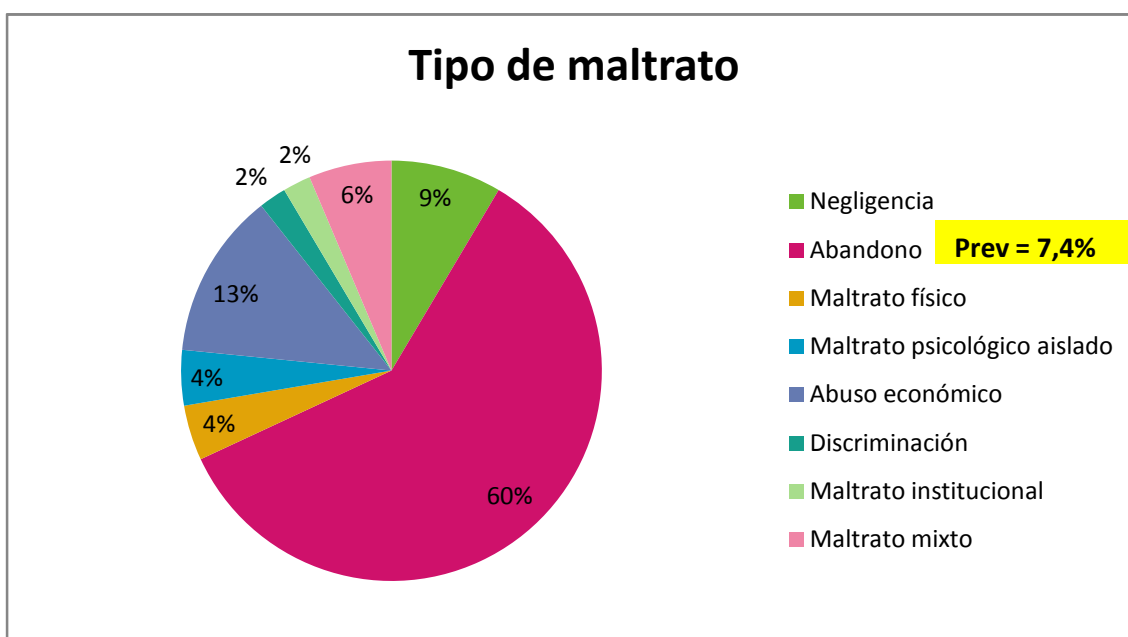


Tabla 14. Tipos de maltrato

La prevalencia de abandono en la población total evaluada fue del 7.4%, seguido de abuso económico, negligencia, maltrato mixto, físico, psicológico aislado, discriminación y maltrato institucional. Abandono y negligencia se asociaron siempre con maltrato psicológico.

### III. 4.B. VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

A continuación se muestran los resultados de la encuesta aplicada en 2011 a pacientes ingresados en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, en Traumatología, con diagnóstico de fractura de cadera. Esta encuesta fue realizada con el objetivo de detectar prevalencia y, comparar sus resultados con los del estudio previamente descrito, para validar su uso.

Las características generales de esta muestra encuestada se describen en las figuras 15 y 16.

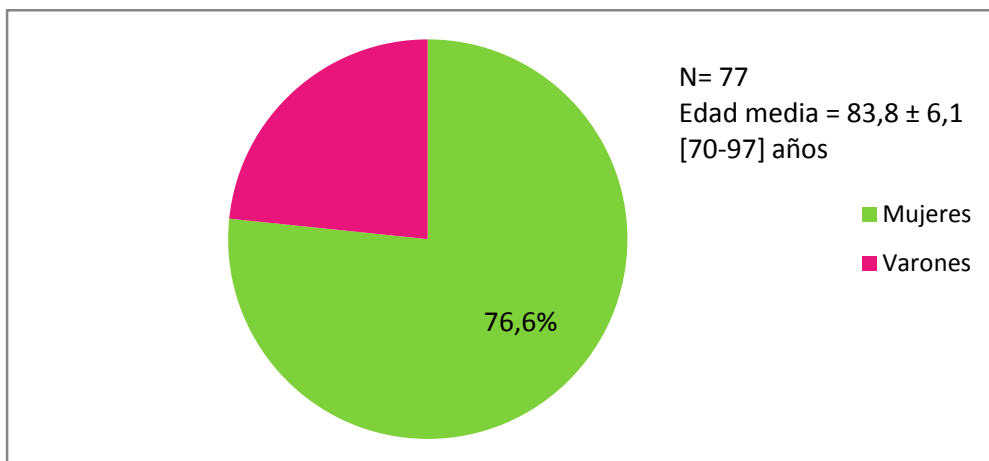


Figura 15. Edad y sexo de la muestra encuestada

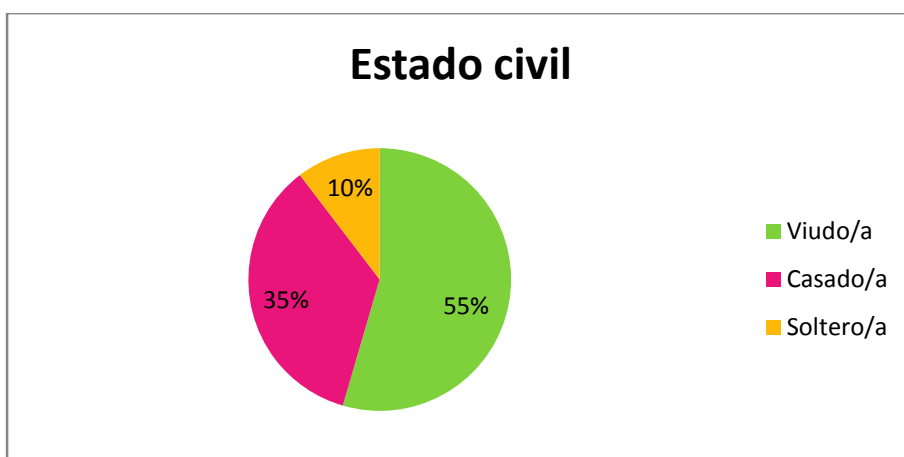


Figura 16. Estado civil de la muestra encuestada

La mayoría eran independientes. Índice de Katz A/B en un 70,5% y FAC 4/5 en el 81.3% (ver figura 23). La mayoría no tenía deterioro cognitivo previo (figuras 17 y 18).

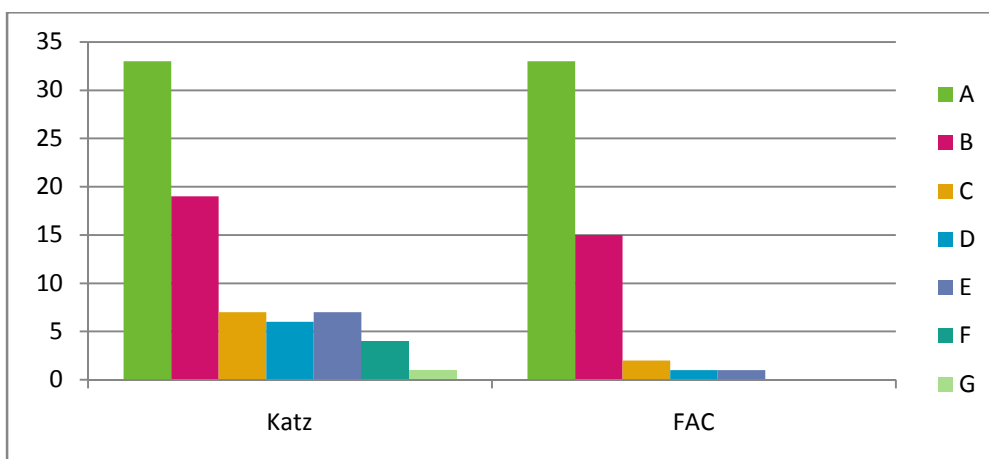


Figura 17. Situación funcional en la muestra encuestada

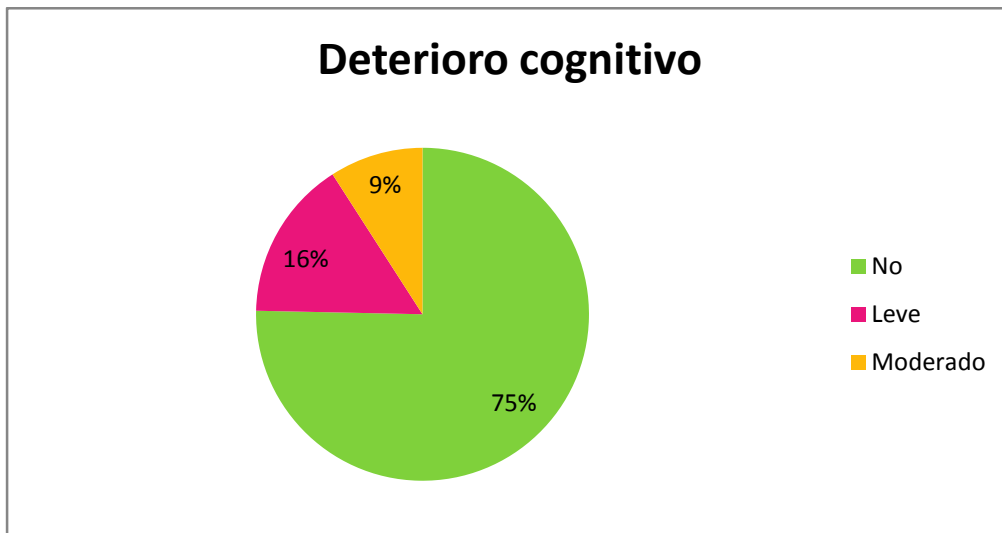


Figura 18. Deterioro cognitivo en la muestra encuestada

Con respecto a la procedencia, el 10% estaban institucionalizados antes del ingreso. En la figura 19 se muestra el número de hijos, destacando que no tenía ninguno una cuarta parte del total.

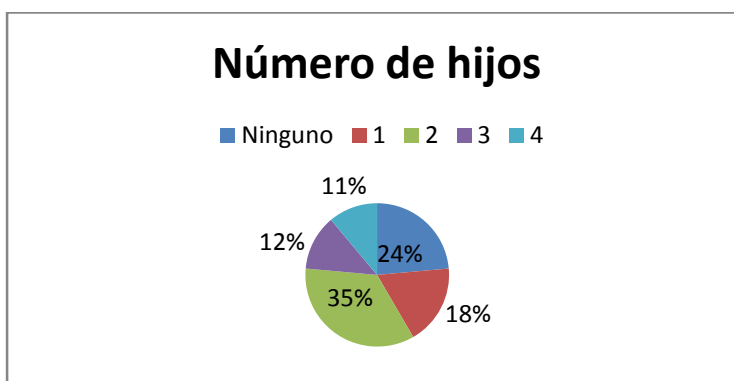


Figura 19. Número de hijos en la muestra encuestada

De acuerdo con la encuesta diseñada, la prevalencia de sospecha de maltrato fue de 44.7% y la de maltrato grave (4 ó más respuestas sospechosas): 2,6% (ver figura 20).

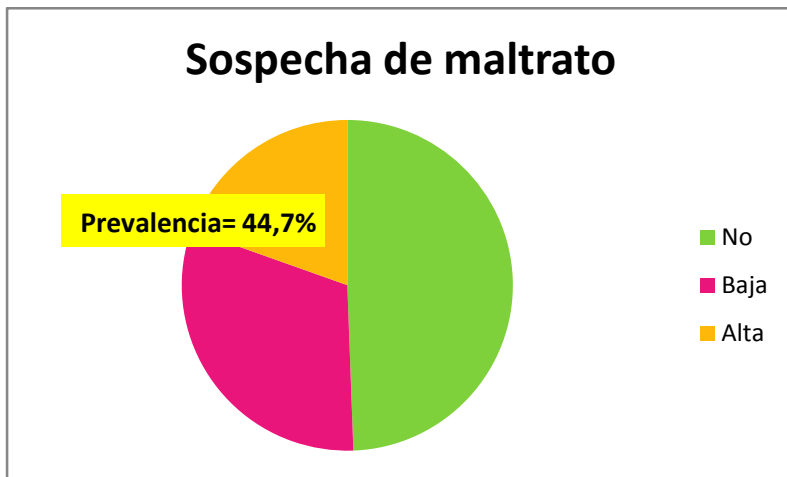


Figura 20. Sospecha de maltrato según encuesta

Los diferentes tipos de maltrato encontrados se muestran en la figura 21.

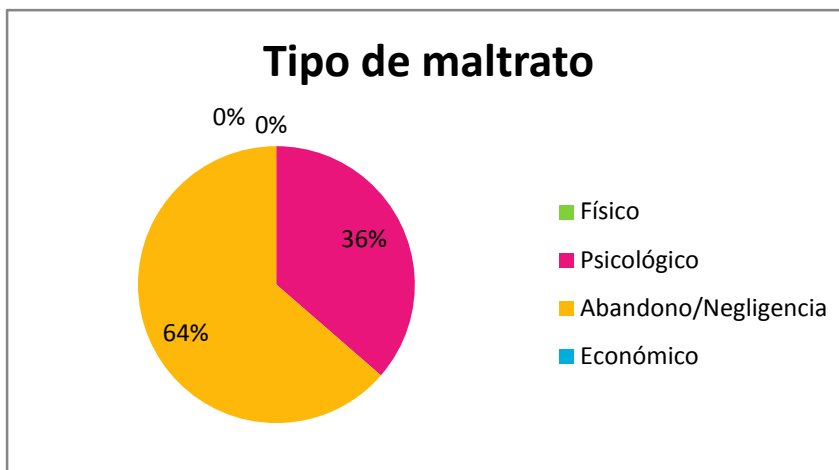


Figura 21. Tipos de maltrato según la encuesta



### ***Características de los casos en la muestra encuestada***

La comparación entre las características de los casos sospechosos de maltrato y los no sospechosos se recoge en la tabla 8.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>p</b>
Edad	84,1±5,9	83,5±6,2	0,78
Sexo femenino	79,4%	73,8%	0,57
Estado civil			
Soltero/a	13,3%	9,6%	0,71
Viudo/a	56,7%	51,2%	
Casado/a	30%	39,2%	
Situación funcional			
Independiente ABVD	70%	85,4%	0,18
Situación funcional			
FAC 5/5	57,1%	84%	0,044
Deterioro cognitivo			
No	70%	80,5%	0,58
Leve	20%	12,2%	
Moderado	10%	7,3%	
Institucionalización	14,3%	5,3%	0,21
Número de hijos			
Sin hijos	26,7%	22%	0,97
Meses de ingreso			
Verano	72,4%	71%	0,9
Comorbilidad			
Charlson>3	35,5%	25%	0,34

Tabla 8. Características de los casos en la muestra encuestada

En cuanto a los posibles factores de riesgo para situaciones de **maltrato grave**, se recogen en la tabla 9.

<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>p</b>
Edad	83±2,8	83,8±6,1	0,97
Sexo femenino	50%	77%	0,38
Estado civil			
Soltero/a		11,6%	
Viudo/a	50%	53,6%	0,83
Casado/a	50%	34,8%	
Situación funcional			
Independiente ABVD	100%	78,3%	0,46
Situación funcional			
FAC 5/5	50%	72,7%	0,49
Deterioro cognitivo			
No	100%	75,4%	
Leve		15,9%	0,72
Moderado		8,7%	
Institucionalización	0	9,4%	0,65
Número de hijos			
Sin hijos	0	24,6%	0,057
Meses de ingreso			
Verano	0	29,2%	0,37
Comorbilidad			
Charlson>3	50%	29%	0,52

Tabla 9. Posibles factores de riesgo detectados por la encuesta

En resumen, la prevalencia de sospecha de maltrato encontrada en los distintos estudios realizados es la que presentamos en la tabla 10.

Prevalencia de referencia	12%
Prevalencia encuesta (1 ó más)	44,7%
Prevalencia sospecha maltrato grave (4 ó más)	2,6%

Tabla 10

### III. 4.C. USO DE LA ENCUESTA

En la tabla 11 se recoge el análisis de todos los datos de las encuestas que se habían aplicado en distintas unidades asistenciales (Tortosa, Granada y Madrid).

	<b>MADRID</b>	<b>GRANADA</b>	<b>TORTOSA</b>
n	77	22	45
Edad	83,8 ± 6,1	82±2,6	82,5±6,4
Sexo femenino	76,6%	45,5%	44,4%
Estado civil			
Soltero/a	11,1%	14,3%	4,4%
Viudo/a	54,2%	47,6%	51,1%
Casado/a	34,7%	38,1%	44,4%
Situación funcional			
Independiente ABVD	78,9%	4,5%	28,9%
Situación funcional			
FAC 5/5	28,3%	4,5%	0
Deterioro cognitivo			
No	75%	27,3%	53,3%
Leve	15,3%	36,4%	28,9%
Moderado	9,7%	38,1%	17,8%
Institucionalización	10,4%	0	0
Número de hijos			
Sin hijos	23,6%	31,8%	13,3%
Meses de ingreso			
Verano	27,9%	0	0
Comorbilidad			
Charlson>3	29,2%	45,5%	15,9%

Tabla 11. Comparativo entre las distintas unidades, mediante uso de la encuesta

## Análisis global

La edad media de estas 124 encuestas es de  $83,1 \pm 6,2$  años [68-97]. Son mujeres el 63,7%. Viudos/as 54,2%, casados/as 35,6%, solteros/as 10,2%. Vivían en el domicilio: 92,4%. Sin deterioro cognitivo: 59,7%. Independientes el 78,9%. Los posibles factores de riesgo asociados a maltrato, según el resultado de la encuesta en las distintas unidades se muestran en las tablas 12 y 13.

FACTOR DE RIESGO	CASOS	CONTROLES	p
Edad	83,6±6	82,5±6,5	0,52
Sexo femenino	60,6%	67,9%	0,4
Estado civil			
Soltero/a	11,9%	7,8%	0,76
Viudo/a	53,7%	54,9%	
Casado/a	34,3%	37,3%	
Situación funcional			
Independiente ABVD	70%	85,4%	0,014
Situación funcional			
FAC 5/5	36,4%	75,9%	0,020
Deterioro cognitivo			
No	49,3%	73,1%	0,063
Leve	29,9%	15,4%	
Moderado	19,4%	11,5%	
Institucionalización	10,9%	4,3%	0,24
Número de hijos			
Sin hijos	23,9%	17,6%	0,88
Meses de ingreso			
Verano	26,7%	28,9%	0,29
Comorbilidad			
Charlson>3	32,4%	23,5%	0,36

Tabla 12. Análisis de los posibles factores de riesgo mediante encuesta, en distintas unidades

FACTORES DE RIESGO		
Situación funcional	Katz: R= -0,34	Mayor independencia, protege
	FAC: R= -0,36	Mayor independencia, protege
Deterioro cognitivo	R= 0,22	No padecerlo, protege

Tabla 13

Al analizar todas las encuestas, clasificando la sospecha en no maltrato, sospecha baja y sospecha alta, los coeficientes de correlación son de -0,27 para el índice de Katz, -0,27 también para el FAC y 0,21 para deterioro cognitivo. Sólo encontramos en esta muestra un caso de maltrato físico.

La tabla 14 muestra la prevalencia de sospecha de maltrato, y de los distintos tipos de maltrato encontrados, en la población de referencia y en la muestra encuestada.

	<b>POBLACIÓN DE REFERENCIA</b>	<b>ENCUESTAS EN HOSPITALIZADOS</b>	<b>TODAS LAS ENCUESTAS</b>
Prevalencia sospecha de maltrato	12% (Clara sospecha: 4,2%)	44,7% (Grave: 2,6%)	57,3%
Abandono	60,4%	64%	42,7%
Abuso económico	12,5%	0	2,4%
Negligencia	8,3%		
Maltrato físico	4,2%	0	0,8%
Maltrato psicológico aislado	4,2%	36%	32,3%
Discriminación	2,1%		
Maltrato institucional	2,1%		
Mixto	6,3%		

Tabla 14. Prevalencia y tipo de maltrato según los distintos modos de evaluarse

### III. 5. DISCUSIÓN

Una característica de los humanos es su capacidad de cuidar y sostener a sus congéneres más vulnerables. Una sociedad que maltrata o desprecia a los más vulnerables es una sociedad enferma. El proceso de dignificación del hombre y la mujer se aceleró el pasado siglo, culminando en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 y ha traído una progresiva toma de conciencia de que existen muchas formas de maltrato que persisten en las sociedades modernas. El maltrato a los niños y la violencia de pareja se han convertido en sucesos que producen un creciente rechazo social y están promoviendo cambios sociales, culturales y legislativos que buscan detectarlos, aislarlos y prevenirlos. Sin embargo, aún no parece haberse subido el siguiente escalón lógico, el mismo rechazo y notoriedad del maltrato hacia las personas mayores.

En los últimos años se ha ido avanzando en la definición de malos tratos **(17)**, en su clasificación **(19)**, y en el análisis de sus consecuencias **(25)**. Sin embargo, los estudios sobre la prevalencia real del maltrato en distintos entornos son todavía escasos **(64)**. Tampoco parece existir una conciencia profunda del problema, ni en la sociedad ni entre los profesionales implicados en la atención a estas personas (por eso se notifican sólo 1 de cada 6 casos según la OMS) **(16)**, por lo que no existen mecanismos rutinarios de detección y mucho menos mecanismos de prevención adecuados.

Sería importante que los profesionales implicados en los cuidados a los mayores adquiriesen la habilidad de detección en la práctica clínica diaria y fueran sensibles a las consecuencias que se derivan de estas prácticas. También la sociedad en general, dado que se trata de un problema grave y frecuente, y apenas denunciado.

Solamente se puede llegar a conocer la trascendencia del problema poniéndolo en evidencia, recabando información, promoviendo que se destape, que se hable de él, que se haga visible. Es la única forma de poder establecer unas pautas para prevenirlo, para luchar contra él. Es el primer paso para poder proteger la dignidad de los mayores.

Este trabajo de investigación aporta nuevos datos sobre la prevalencia del maltrato en personas mayores en nuestro entorno. Al mismo tiempo intenta validar una herramienta breve que facilite la detección del maltrato, si bien el valor de esta herramienta se ha demostrado escaso, considerada de forma aislada.

### III.5.A. DATOS DE PREVALENCIA

Como se señaló en la introducción y justificación del tema, los estudios sobre malos tratos hacia las personas mayores son escasos. Nuestro primer objetivo fue conocer la prevalencia en una población especialmente vulnerable: pacientes mayores ingresados por fractura de cadera en un hospital terciario. Se trata de un colectivo relativamente homogéneo en cuanto a edad y a la patología que ha originado su ingreso, normalmente lúcido y colaborador, y fácilmente asequible desde el servicio de Geriátrica toda vez que la colaboración con los departamentos de Ortopedia-Traumatología está bien establecida en muchos hospitales.

La prevalencia encontrada, de un 12%, es más elevada que la mayoría de las que descubren otros estudios, fundamentalmente los de nuestro medio, que suelen ser inferiores al 10% **(50-51), (68), (73)**. Es posible que en ello influyan dos factores. Por una parte haber planteado una búsqueda sistemática, que permitiese detectar algún maltrato oculto o menos evidente. Por otra, la propia naturaleza de los pacientes elegidos. No hay que olvidar que fracturas y caídas pueden ser una consecuencia directa de un maltrato, bien físico directo o por falta de cuidado o abandono. Además, la fractura de cadera es un marcador de fragilidad (vulnerabilidad) y se asocia a otros síndromes geriátricos. La vulnerabilidad y dependencia pueden predisponer al maltrato por parte del cuidador, al volver a la persona más indefensa.

Algunos estudios de prevalencia han encontrado resultados similares a los nuestros, aunque utilizando para la búsqueda métodos diferentes. En nuestro estudio se usó para el diagnóstico la valoración multidisciplinaria, que puede considerarse el “patrón oro”. Ruiz Sanmartín y cols. **(74)** estudiaron en *Les*

*Planes de Sant Joan Despí* (Barcelona) a una población mediante una encuesta similar a la nuestra, encontrando una prevalencia del 11,9%. Incluían personas mayores de 70 años, con exclusión de aquellos sujetos que presentaban deterioro cognitivo. Su cuestionario recogía variables sociodemográficas y contenía 9 preguntas, incluyendo 1 relativa al maltrato físico, 3 al psicológico, 1 sobre negligencia y 1 sobre abandono, considerando que una respuesta positiva indicaba sospecha de abuso. Es posible que se sobreestimara la prevalencia mediante el uso de nuestra encuesta, ya que se sospechó maltrato en un 44,7% con una encuesta similar a la empleada en este estudio, y sólo se verificó en el 12%, mediante la valoración multidisciplinar. Las muestras estudiadas fueron diferentes.

El estudio de Bazo y cols. en 2001 **(73)**, analizó la prevalencia de malos tratos en una población de personas mayores, en 3 Comunidades Autónomas, atendidos por auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio que eran las que notificaban la sospecha. La prevalencia encontrada, 4,7%, fue muy inferior a la nuestra. Se trata de casos detectados por asistentes sociales que acuden al domicilio de pacientes con dependencia, y esta característica, la dependencia, está descrita como factor de riesgo de maltrato por numerosos autores **(85)**, **(117-120)**, incluyendo nuestros propios resultados. La diferencia podría explicarse por el hecho de que su estudio lo lleva a cabo el mismo equipo de trabajadores sociales municipales que sirve de apoyo a las familias de los ancianos objeto de análisis. Los propios autores del trabajo apuntan la explicación de que no detectan todo el maltrato que se produce en ese medio, sino tan sólo lo que sería la “punta del iceberg”, por dos motivos fundamentalmente, que los auxiliares domiciliarios no quieran participar en el estudio por temor a represalias, o bien por las dificultades para identificar correctamente todas las conductas susceptibles de ser consideradas como maltrato. Su hallazgo más frecuente fue la negligencia, cometida, sobre todo, por los hijos.

En nuestro estudio, cuando dividimos los casos según el grado de sospecha, encontramos que existe una sospecha clara en el 4,2% de la muestra, muy próxima a la descrita por Bazo.



Apenas existen estudios en nuestro medio que analicen pacientes hospitalizados. El único relevante data de 1991. Utiliza una población similar a la del nuestro, por lo que merece la pena revisarlo, a pesar del tiempo transcurrido entre ambos. La prevalencia de maltrato en ese caso fue del 8,5% **(67)**. Los investigadores recogieron una muestra de 119 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario en Granada. 41 fueron considerados víctimas por tener una puntuación igual o superior a 8, en un baremo que aplicaron en las primeras 12 horas del ingreso. El baremo incluía aspectos de higiene, desnutrición-deshidratación, conocimiento de los medicamentos y actitud del cuidador. Los autores consideraban que la prevalencia era superior a la de otros estudios previos porque detectaba más maltrato oculto. Sin embargo, su prevalencia es menor que la encontrada por nosotros, lo que podría deberse a que su herramienta de detección se basaba únicamente en indicadores de maltrato, sin realizar preguntas directas al paciente ni una valoración multidisciplinar.

Las tasas de prevalencia que más se acercan a las detectadas por nuestra encuesta son las del 35% que aparecen en un estudio sobre ancianos atendidos por los servicios sociales **(74)**. Parece obvio pensar que los pacientes atendidos por dichos servicios son también una población de alto riesgo, como la que hemos analizado nosotros.

Una de las pocas revisiones sistemáticas sobre prevalencia del maltrato llevada a cabo en Reino Unido **(61)** estima la prevalencia de maltrato entre el 3,2 y el 27,5% en la población general, horquilla muy amplia en cuya parte central se situaría nuestra cifra del 12%. Esta variabilidad puede deberse a las diferencias entre las poblaciones analizadas o a la diversidad de métodos de detección. Las cifras de maltrato conocido son siempre más bajas que las descritas cuando se eleva el umbral de sospecha. Nosotros usamos una encuesta de detección que primaba la sensibilidad a expensas de la especificidad y encontramos una elevadísima prevalencia (el 44,7%), que sobrepasa de forma importante los valores encontrados en otras revisiones. A que ello sea así puede contribuir que trabajamos con personas ingresadas, en una situación de alta demanda de cuidados, de mayor dependencia y de deterioro funcional agudo. Todo lo cual contribuye a una situación de máxima sensación subjetiva

de abandono por parte de su familia y eleva el riesgo de que surjan diversos tipos de problemas sociales.

### III.5.B. ENCUESTA, HERRAMIENTA DE CRIBADO

Al hablar de herramientas de cribado para detectar el maltrato es preciso volver a mencionar el estudio que la *US Preventive Services Task Force* realizó como base para la elaboración de sus guías de recomendación de buena práctica, en el que se concluía que existía insuficiente evidencia científica como para recomendar el cribado sistemático del maltrato en la práctica clínica **(8)**. Esta conclusión ha recibido críticas **(9-11)** a las que nos sumamos, puesto que, aunque no exista suficiente evidencia, o precisamente por ello, la relevancia y gravedad del problema hace urgente validar herramientas de detección.

A las recomendaciones realizadas en 2004 se añade una puesta al día publicada en enero de 2013 **(121)**, en la que sí recomiendan el cribado de violencia de pareja contra la mujer (con un grado B de recomendación), pero se sigue concluyendo que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance riesgo-beneficio del cribado a toda la población mayor, incluso en el caso de adultos vulnerables (con discapacidad física o mental) para maltrato o negligencia (nivel I). Además de seguir siendo necesario mejorar la evidencia disponible, llama la atención que ni siquiera se sugiera una recomendación con evidencia baja (“recomendación de expertos”), dado el grado de acuerdo en la necesidad de detección sistemática del maltrato que muestra la literatura.

Nuestro estudio ha intentado validar un instrumento de cribado que, por sí solo y como única herramienta, sea capaz de detectar con suficiente grado de seguridad la existencia de maltrato. Desafortunadamente, esta herramienta ha demostrado tener baja especificidad. Además, no se ha podido aplicar a la misma población exactamente, para su validación. Esto vuelve a subrayar la dificultad de encontrar y universalizar una herramienta única y común, puesto que estamos ante un problema muy complejo como para poder retratarlo sólo y únicamente en una herramienta de cribado. Son dificultades que quedan gráficamente expresadas en los “casos” singulares que configuran el Anexo denominado “Casuística de violencia”. Señalemos que categorizar esa

complejidad en una encuesta es muy difícil y, de momento, sólo estamos funcionando con aproximaciones.

Es cierto que otros problemas de salud pueden ser identificados con un alto grado de fiabilidad a través de escasas preguntas, pero conseguir esto en el caso del maltrato implica superar obstáculos muy complicados. El más importante se deriva del hecho de que, posiblemente, el responsable del mismo suele ser el cuidador principal, o al menos una persona muy próxima a la víctima, perteneciente a su círculo de confianza. Ello hace que la víctima trate de ocultarlo por motivos muy diversos: vergüenza, miedo al abandono o a otras represalias, falta de medios, mala información o por otros motivos.

Sin embargo, incluso cuando no sean extremadamente fiables, los tests de *screening* tienen un valor añadido. Nuestra experiencia con este trabajo demuestra que, tras una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo y de los indicadores de maltrato, hacer varias preguntas orientadas es una forma idónea de entablar con el paciente un clima de confianza que puede facilitar la posibilidad de compartir su problema con el profesional sanitario. De hecho, así nos ha ocurrido con los casos más graves detectados. Recordemos que en el estudio de McAfee un 85% de los encuestados refería que confiaría en primer lugar en su médico para denunciar hechos de esta naturaleza (7).

En el momento de diseñar este estudio no existían herramientas de cribado con un uso suficiente como para contrastarlas con nuestra encuesta. Como he comentado, está ganando aceptación el *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)* o Índice de Sospecha de Maltrato hacia los Mayores (97) que consiste en cinco preguntas breves dirigidas a personas mayores en cualquier nivel asistencial, que no padezcan deterioro cognitivo, y una al cuidador. Su objetivo es detectar sospecha de maltrato, no detectar casos, y con este cuestionario el profesional puede llegar a familiarizarse con preguntas que abordan directamente el problema. Este cuestionario hace reflexionar sobre el hecho de que las escalas que clasifican correctamente casos y no casos suelen ser largas y complejas, o se basan en indicadores, para intentar abarcar todo el espectro de posible maltrato a la persona mayor.

### III.5.C. TIPOS DE MALTRATO Y FACTORES DE RIESGO

Uno de los grandes inconvenientes que encuentra la investigación sobre malos tratos es que las definiciones de sus distintos tipos no son uniformes en los estudios sobre el tema. Algunas clasificaciones se solapan y contienen un importante elemento subjetivo por parte del investigador. Circunstancias varias y aspectos socioculturales influyen en la definición precisa de maltrato sin que haya criterios estandarizados, lo que complica los estudios comparativos. Esa es una de las causas de las diferencias en la prevalencia global y en los distintos tipos de maltrato. En lo que suele haber coincidencia es en que, en personas mayores, el maltrato psicológico y el abandono son las formas más frecuentes, siendo más difícil encontrar el maltrato físico que se produce con mayor frecuencia en otras variantes del maltrato dentro del núcleo familiar.

Nuestro estudio encontró algunas diferencias con respecto al de Ruiz Sanmartín y cols. **(74)**. En el nuestro predominaba el abandono, sin que detectáramos ningún caso de maltrato físico. La prevalencia de maltrato psicológico fue similar en ambos. Ruiz Sanmartín no incluyó preguntas sobre maltrato económico, pero nosotros, que sí lo buscamos, tampoco detectamos este tipo de abuso.

El trabajo del Centro Reina Sofía de Valencia **(75)** utilizó una encuesta dirigida, por una parte a personas mayores y, por otra, a cuidadores de pacientes dependientes. Los cuestionarios se pasaron personalmente en el propio domicilio. Los resultados fueron una tasa total de maltrato del 0,8%, con un reparto equilibrado entre los distintos tipos de maltrato; un 0,2% correspondía a físico, 0,3% psicológico, 0,3% negligencia y 0,2% económico. Las cifras fueron más altas cuando se analizaron las encuestas realizadas a personas que desarrollan actividad de cuidado a dependientes, lo cual puede estar en relación con el hecho de que la dependencia es un factor de riesgo para conductas inapropiadas o bien que los mayores no denuncian el maltrato del que son víctimas, circunstancia que los autores atribuyen a varios factores ya comentados anteriormente (vergüenza, estigma, miedo a represalias,...) y muy repetidos en la literatura. En cualquier caso pensamos que nuestra aproximación a la distribución de los tipos de maltrato se acerca más a la realidad y es similar a la de otros países **(55)**.

En esta investigación del Centro Reina Sofía de Valencia la prevalencia de maltrato fue muy baja, pero, como en nuestro estudio, era el doble entre quienes tenían dependencia y aumentaba con el grado de la misma.

Esta misma tendencia se desprende de los resultados de un estudio prospectivo de base poblacional realizado en Chicago, cuyo objetivo era precisamente examinar la asociación entre el empeoramiento en la situación funcional y el riesgo de maltrato. Los autores encontraron que el empeoramiento en la situación funcional (medida objetivamente mediante tests) y en la situación funcional subjetiva (referida por el paciente), se asociaba con mayor riesgo de maltrato **(122)**. En el estudio de Michigan la limitación en las actividades básicas de la vida diaria resultó factor de riesgo de maltrato **(55)**, al igual que en el de Pérez-Cárceles y cols. **(87)**.

Las cifras de prevalencia de los distintos tipos de maltrato encontradas en nuestro estudio no se acercan a las del *National Social Life, Health and Aging Project* (una encuesta dirigida a mayores residentes en la comunidad). En dicho estudio se destaca que un 9% de esa población sufre maltrato verbal, algo que se aproxima mucho a lo que en nuestro estudio hemos denominado maltrato psicológico, y que en nuestras muestras aparece en el 10,5% (del total de pacientes en la primera muestra de hospitalizados, entre psicológico aislado y mixto), 36% (de los encuestados durante la hospitalización) y 32,3% (de todos los encuestados), proporciones muy dispares. Continuando con ese estudio, aparece maltrato económico en el 3,5%, cifra próxima a la del 2,4% encontrada por nosotros mediante encuesta, pero muy inferior a la del estudio de prevalencia (12,5%). Maltrato físico lo refieren en el 0,2%; en nuestro caso se detectaba en el 0,8% mediante encuesta, proporción cuatro veces superior, por más que una y otra sean porcentajes muy bajos. Lejos de estas cifras se sitúa al 4,2% que detectamos en el estudio de prevalencia.

Ogg y Bennett **(58)** encontraron cifras bastante similares con respecto al maltrato psicológico, un 4,2% en nuestro estudio de prevalencia frente al 5% referido por esos autores. Sin embargo, nuestros datos discrepan en lo relativo al maltrato físico, 4,2% en nuestro estudio frente al 2% en el suyo. Más discrepancia existe con respecto al abuso económico detectado en un 12,5% de nuestra muestra, vs. el 2% en la suya. De nuevo la explicación bien puede

venir a través de las diferencias en las muestras de población analizadas en uno y otro estudio, ya que en el mencionado trabajo se excluyeron los mayores más frágiles y vulnerables, a los que consideraban de inicio como portadores de un riesgo más alto, tal como se ha demostrado después. Una buena parte de las diferencias son atribuibles a que los pacientes encuestados en dicho estudio (el primero realizado mediante encuesta a la población general en Gran Bretaña) estaban bien desde el punto de vista cognitivo y funcional lo que dificulta la posibilidad de ser convertidos en víctimas de un abuso económico. Además, cuando es un médico quien le entrevista, como en nuestro caso, probablemente el paciente se exprese con más confianza y, también, con mayor sinceridad que ante un encuestador sin cercanía.

Con respecto a la asociación entre tipos de maltrato, en nuestro estudio hemos encontrado que en todos los casos de abandono y negligencia, se asociaba un maltrato psicológico. Además, encontramos una asociación entre negligencia en los cuidados y el abandono en un 2.1% del total de casos, mientras que abandono asociado a abuso económico aparecía en un 4.2%. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Naughton en un estudio realizado en Irlanda a lo largo de 2011 **(62)**. Estos autores, a partir de una encuesta nacional de prevalencia, encuentran que en una cuarta parte de los casos los distintos tipos de maltrato se agrupan y que la asociación más habitual es la de maltrato psicológico junto a otros tipos de maltrato. Esto ocurre, también, en el estudio de Ruiz Sanmartín **(74)**.

Nuestra encuesta no recoge el maltrato en sujetos con deterioro cognitivo grave, circunstancia que se consideró criterio de exclusión ya que estos pacientes no podían comprender el significado de las preguntas. Sin embargo, en el estudio de prevalencia, el deterioro cognitivo grave había constituido un factor de riesgo de maltrato. En la muestra de pacientes ingresados en Traumatología, a los que se les pasó la encuesta, no se encontró relación estadísticamente significativa entre deterioro cognitivo (leve o moderado) y sospecha de malos tratos. Ni la edad, ni el sexo, ni la comorbilidad aparecieron en ninguna de nuestras muestras como factores de riesgo asociados al maltrato. Sí se asoció la dependencia funcional. La detección de malos tratos

en la demencia avanzada, que se basa siempre en indicadores indirectos, es aún una asignatura pendiente.

En la encuesta a ingresados en Traumatología el número de hijos no representaba un factor de riesgo de sufrir malos tratos, pero no teníamos ningún grupo con un número de 6-9 hijos, que sí resultó ser un factor de riesgo en el estudio de prevalencia ( $p=0,015$ ). Este dato no se ha analizado en otros estudios pero podría guardar relación con la dificultad de asumir los cuidados, cuando la responsabilidad recae en un número elevado de personas que, pese a ser familia, pueden tener distintas ideas e inquietudes, y por tanto dificultades para ponerse de acuerdo en cómo organizar la atención al mayor una vez abandona el hospital.

Cuando analizamos la muestra de 124 encuestas, vuelve a resultar como factor significativo asociado al maltrato la situación funcional, medida mediante el índice de Katz. A mayor independencia, menor posibilidad de sufrir maltrato. Lo mismo ocurre con la escala de movilidad FAC. Se correlaciona también con la sospecha de maltrato la presencia de deterioro cognitivo: no padecerlo protege de malos tratos. Resultados todos estos, similares a los que se han recogido en otros estudios, como he puesto de manifiesto **(84)**.

Marín y colaboradores **(67)** no detectaron que la edad fuera factor de riesgo, ni tampoco el medio de procedencia (urbano o rural), la institucionalización previa o el nivel de ingresos. Sí encontraron más riesgo en ser mujer, vivir solo, ser más dependiente (medido mediante el índice de Katz) y presencia de deterioro cognitivo (un MMSE de Folstein inferior a 24 en hospitalizados). En lo que más difiere este estudio del nuestro es en que el deterioro cognitivo, en ausencia de dependencia, multiplica por más de 10 el riesgo de padecer malos tratos, mientras que la dependencia sin deterioro mental no influye en el riesgo. Es probable que la puntuación alta en su baremo se derive de la puntuación otorgada a síntomas y signos y que, en relación con ello, un eventual cuadro confusional sobreestime el papel del deterioro cognitivo como factor de riesgo. Sin embargo, la dependencia funcional (también la de origen físico) sí constituye un factor de riesgo en ambos estudios, lo que puede deberse a la dificultad que entrañan los cuidados de los pacientes dependientes, sea cual sea la causa que motiva esa dependencia. Los autores concluyen que resulta

necesario validar o refutar la utilidad clínica del baremo, algo que, como ya he repetido, figura entre nuestros objetivos futuros de investigación.

Con respecto al estudio de prevalencia, se consideró en situación de riesgo a aquellos pacientes que tenían como cuidador principal a un familiar con adicción a sustancias o enfermedad mental, lo que ocurría en el 3,8% de los sujetos evaluados. Esto parece lógico, pero apenas ha sido considerado en estudios previos. Para poder valorar mejor el contexto de este tipo de situaciones, remitimos al Anexo añadido a esta tesis con la denominación de Casuística de Violencia (apartado 1º) y que recoge casos reales que terminaron en una denuncia judicial.

### III.5.D. CRÍTICAS Y PUNTOS DÉBILES

Como ya he comentado, el desarrollo irregular de este trabajo ha condicionado los resultados y la posibilidad de establecer conclusiones más sólidas. Una situación vinculada a las distintas circunstancias laborales que me afectaron como autora de este trabajo, durante los años de realización del mismo.

La validación de la encuesta es incompleta, al no haber sido posible compararla con la misma población en la que se hizo el estudio con una valoración detallada y no haberse diseñado el estudio como una comparación con otra herramienta validada, que no existía en ese momento. Los resultados obtenidos nos hacen pensar que no merece la pena proseguir con la validación con su estructura y forma actual, ya que probablemente su sensibilidad y especificidad sean bajas. En todo caso los resultados obtenidos a partir de este estudio nos pueden ser útiles para establecer ese nuevo diseño. Podría ser la base de una nueva encuesta refinada en base a los resultados obtenidos. Hoy día la mayoría de los estudios parecen estar girando alrededor de la escala EASI, si bien, como he indicado, ésta también tiene sus limitaciones **(97)**.

No hemos llevado a cabo una validación intraobservador e interobservador, algo de lo que también adolecen la mayoría de las escalas en este ámbito. El principal problema subyacente es la escasa delicadeza que puede mostrarse al repetir preguntas similares a una población tan vulnerable.



Otro problema es que no existe, por el momento, un “patrón oro” reconocido universalmente con el que hacer la validación de contenido de las encuestas en este área. Nuestros datos sugieren que la valoración multidisciplinar se acerca a este patrón oro y puede servir como referencia en futuros estudios de nuestra herramienta o de otras.

Un tercer problema es el de no disponer de definiciones universales y objetivas de los distintos tipos de maltrato y del propio maltrato. Esto seguirá suponiendo un enorme escollo para la investigación, por lo que intentar un consenso en este aspecto será una tarea para todos quienes nos movemos en este ámbito.

Otra limitación de nuestro estudio es su carácter transversal. Es absolutamente necesario que se realicen estudios longitudinales prospectivos para poder llegar a conclusiones de certeza sobre la existencia o no de malos tratos en las ocasiones de sospecha.

### III. 6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PROPUESTO

Tras todo lo anteriormente expuesto, y puesto que constituía uno de los objetivos planteados, este es el protocolo que finalmente sugerimos, al menos para los pacientes mayores hospitalizados tras una fractura de cadera, y que podríamos extender a los hospitalizados en Unidades Geriátricas de Agudas y Consultas Externas de Geriátrica:

*Objetivos:* Detección, evaluación y documentación en situaciones de riesgo de maltrato. Disminuir la incidencia de maltrato a los mayores.

*Paso 1.* Valoración geriátrica integral.

- Se recomienda realizar la anamnesis y exploración física al paciente en privado y posteriormente recoger la historia del cuidador y cotejar ambas.
- Ofrecer al enfermo confianza y darle tiempo.
- Valoración de deterioro cognitivo. Esto es imprescindible para poder garantizar que cuando tome decisiones que influyan en su seguridad lo haga en pleno uso de sus facultades mentales.
- A partir de ello y en aquellos sujetos en los que hubiera indicios de malos tratos:

*Paso 2.* Examen detenido de los posibles indicadores de malos tratos que puedan presentarse (físicos, psíquicos, sexuales, económicos, de negligencia).

*Paso 3.* Entrevista.

- Pedir al anciano que describa un día normal en su vida.
- Realizar varias preguntas cortas y directas, dando margen a posibles explicaciones o matices de las respuestas.
- Preguntarle acerca del cuidador y de su relación con él.

*Paso 4.* Evaluación multidisciplinar. Es fundamental la intervención de Trabajo Social, para conocer en profundidad las circunstancias sociofamiliares.

*Paso 5. Seguimiento:*

- Durante el proceso que causa el ingreso. Ver si las visitas son regulares; vigilar las posibles agresiones.
- Al alta, coordinación con Atención Primaria.

*Paso 6. Examen del eventual sospechoso de ser agresor:*

- Conocer si padece trastorno mental o abuso de alcohol o sustancias.
- Situación laboral.
- Conocer su fuente de ingresos.
- Responsabilidades dentro y fuera del hogar.
- Conocimientos sobre las cuestiones médicas y de alimentación del paciente.
- Tipo de relación que mantienen entre ellos (o han mantenido antes) desde su punto de vista.
- Que describa un día típico en su vida.
- Signos de claudicación o *burn-out*.
- Ayudas sociales o privadas que recibe.
- Hacerle preguntas directas sobre circunstancias de maltrato que se hayan podido presentar, dando por hecho que son situaciones no sólo posibles sino habituales cuando alguien cuida de una persona mayor, por el esfuerzo que este cuidado requiere.

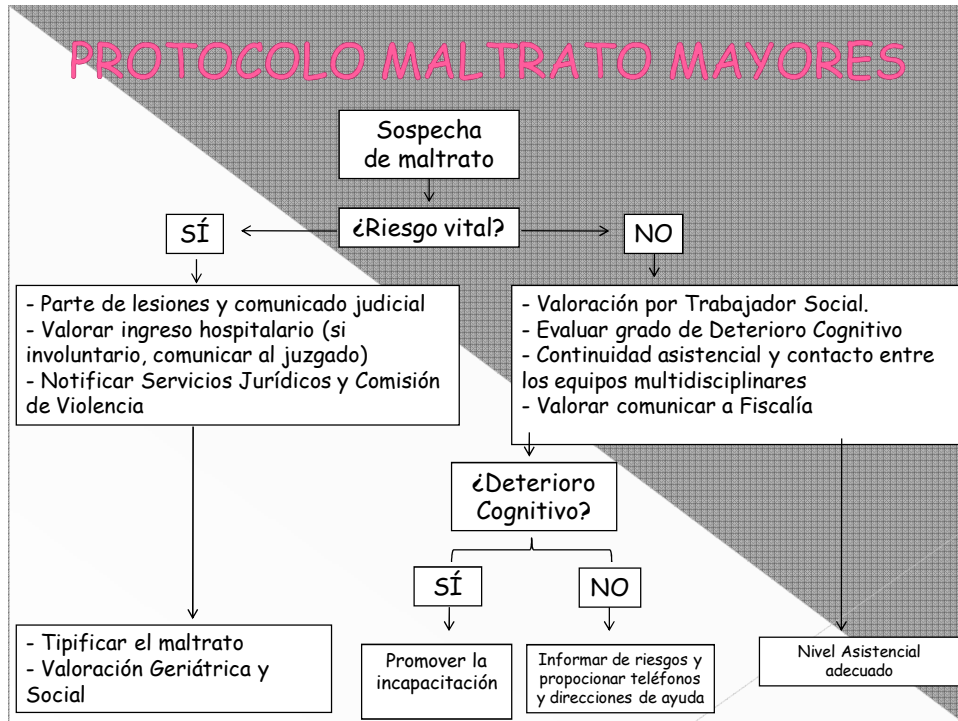
*Diagnósticos:*

- No hay evidencia de maltrato.
- Sospecha de negligencia.
- Sospecha de maltrato o abuso.
- Certeza de maltrato, negligencia, abuso.

*Medidas:*

- Si existe carencia en el cuidador/a del conocimiento sobre cómo cuidar: remitir a cursos, darle apoyo psicológico en Centros de Día o asociaciones.
- Si existe claudicación del cuidador/a: programas de descarga del familiar.

- Si existe alcoholismo, abuso de drogas, trastorno mental: programas de deshabituación.
- Si no se dan ninguna de estas circunstancias, pero hay certeza de maltrato o abuso:
  - o a) parte de lesiones si las hubiera, al juzgado de guardia o comunicación que refleje el tipo de abuso y la situación de cada paciente.
  - o b) reflejar todos los pasos llevados a cabo, con detalle, en la historia clínica.
- Ante la sospecha, sin confirmar, y sin que se den los factores contribuyentes modificables comentados anteriormente, se valorará el riesgo vital:
  - o si es negativo, se garantizará que el paciente reciba el seguimiento por los Servicios Sociales y Atención Primaria para confirmarla o rechazarla.
  - o Si es positivo se activará el Protocolo de Protección del centro hospitalario y un Plan de Seguridad.



## III.7. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de malos tratos en nuestra cohorte de pacientes mayores ingresados en Traumatología por fractura de cadera es más elevada que la que aparece descrita en otros estudios.
2. En los pacientes mayores hospitalizados el tipo más frecuente de malos tratos es el abandono, seguido del abuso económico, negligencia, maltrato físico, psicológico y otros.
3. El abandono y el maltrato psicológico son también las formas de violencia más frecuentes detectadas mediante una encuesta de preguntas directas.
4. Los factores de riesgo encontrados son deterioro cognitivo grave, tener un número elevado de hijos, vivir en su domicilio, época del ingreso y problemas mentales del cuidador. Tenerlos en cuenta puede ayudarnos a la detección del maltrato en personas mayores.
5. El principal factor de riesgo detectado mediante la encuesta ha sido la dependencia funcional. Probablemente el deterioro cognitivo también lo sería si estuviera más representado.
6. La encuesta diseñada no se valida como herramienta única de detección de maltrato.
7. Pese a ello, haber detectado casos previamente no conocidos, y haber puesto las medidas oportunas, nos lleva a recomendar firmemente la aplicación de un test para el cribado de casos de violencia contra los mayores.
8. Consideramos que la actuación ante la sospecha y detección de casos de maltrato debe estar protocolizada en todos los centros donde se trabaja con personas mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1). World population prospects: the 2004 revision. Highlights. United Nations, february 2005.
- (2). Ribera Casado, JM. Los tiempos de la geriatría. Cien años de compromiso con la salud del anciano. Discurso para la recepción pública del Académico Electo. Leído el día 24 de enero de 2012. Instituto de España Real Academia Nacional de Medicina. Senda Editorial, 2012. 24-32.
- (3). Instituto Nacional de Estadística. España en cifras. Madrid: INE, 2012.
- (4). Demografía y salud. Movimiento natural de la población. Marzo 2005. Instituto de Estadística. Consejería de Economía e Innovación Tecnológica de la Comunidad de Madrid.
- (5). Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009; 374: 1196-1208.
- (6). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 (Informe de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento). Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; 2002. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- (7). McAfee RE. Physicians and domestic violence. Can we make a difference? JAMA 1995; 273: 1790-1.
- (8). Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2004; 140: 387-96.
- (9). Nelson JC and Johnston C. Letters to the Editor. Annals of Internal Medicine. July 2004; 141: 81.
- (10). Nicolaidis C. Letters to the Editor. Annals of Internal Medicine. July 2004; 141: 81-2.
- (11). Soler E and Campbell J. Letters to the Editor. Annals of Internal Medicine. July 2004; 141: 82.
- (12). Halphen JM, Varas GM, Sadowsky JM. Recognizing and reporting elder abuse and neglect. Geriatrics 2009; 64: 13-8.

- (13). Thomson AM, Beavan JR, Lisk R, McCracken LC, Myint PK. Training in elder abuse: The experience of higher specialist trainees in Geriatric Medicine in the UK. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 51: 257-259.
- (14). British Geriatric Society. Abuse of older people, 2005. Disponible en: [http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=370:elderabuse&catid=12:goodpractice&Itemid=106](http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=370:elderabuse&catid=12:goodpractice&Itemid=106)
- (15). McCreddie C, Tinker A. Maltratos a las personas mayores. En: Brocklehurst's Geriatria. Ed. Marbán Libros S.L. Madrid, 2007; 1399-1406.
- (16). Castellano Arroyo M. Violencia en el medio familiar. En: Gisbert Calabuig JA. *Medicina Legal y Toxicología*. 6ª edición. Masson SA. Barcelona, 2004. PÁGS: 486-504.
- (17). OMS, Universidades de Toronto y de Ryerson, Canadá. INPEA. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 332-333.
- (18). Kessel H, Marín N, Maturana N, Castañeda L, Pageo MM, Larrión JL. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31: 367-372.
- (19). Jones JS. Geriatric abuse and neglect. En: Bosker, Schwartz, Jones, Sequeira (eds). *Geriatric Emergency Medicine*. Mosby Year Boo. S Louis. USA. 1990: 553-42.
- (20). Paris BE, Meier DE, Goldstein T, Weiss M, Fein E. Elder abuse and neglect: How to recognize warning signs and intervene. *Geriatrics* 1995; 50: 47-51.
- (21). Lázaro del Nogal M. Abuso y malos tratos en el anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P (eds). *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Clínicas Geriátricas XI. Madrid. Edimsa. 1995: 155-173.
- (22). Lázaro del Nogal M. Abusos y agresiones sexuales en los ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1995, 30 (Supl 2): 43-47.
- (23). Castellano Arroyo M, Villanueva Cañadas E. Aspectos médico-legales de la vejez. *Ciencia Forense*, 3/2001: 23-40. Zaragoza 2001.



- (24). Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson M. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998; 280: 428-432.
- (25). Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 332: 437-443.
- (26). Begle AM, Strachan M, Cisler JM, Amstadter AB, Hernandez M, Acierno R. Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: The South Carolina Elder Mistreatment Study. *J Interpers Violence*. 2011 July; 26: 2321-2332.
- (27). Sancho A. Jornadas de violencia familiar. Actitudes violentas contra los mayores en el entorno familiar. *Sesenta y Más*. 1999; 167: 34-7.
- (28). Informe Voces Ausentes. Opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor. Organización Mundial de la Salud. Red Internacional para la prevención del maltrato al mayor (INPEA). OMS. 2001. Ginebra.
- (29). McDonald L, Collins A. Abuse and neglect of older adults: a discusión paper. Health Canada, 2000.
- (30). Pillemer KA, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28: 51-57.
- (31). Podnieks E. National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. Ryerson Polytechnical Institute, Toronto. 1990.
- (32). Penning MJ. Elder Abuse Resource Centre. Research component-Final Report. Centre on Aging. University of Manitoba, Winnipeg. 1992.
- (33). Homer A, Gilleard CJ. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ* 1990; 301: 1359-1362.
- (34). Pillemer KA, Finkelhor D. Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives. *Am J Orthopsych* 1989; 59: 179-187.
- (35). Anetzberger G, Korbin J, Austin C. Alcoholism and elder abuse. *J Interpers Violence* 1994; 9: 184-193.
- (36). Greenberg J, McKibben M, Raymond J. Dependent adult children and elder abuse. *J Elder Abuse Neglect* 1990; 2: 73-86.

- (37). Saveman BI. Formal Careers in Health Care and the Social Services Witnessing Abuse of the Elderly in their Homes. Umea University Medical Dissertations, New Series n° 403. Umea, Sweden. 1994.
- (38). Wolf RS. Spouse abuse and neglect in the aging family. In Wolf RS, Bergman S (eds). Stress, Conflict and Abuse of the Elderly. Brookdale Institute, Jerusalem. 1989.
- (39). Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalized frail elderly men and women living in British Columbia. J Elder Abuse Neglect 1989; 1: 45-64.cc
- (40). Hwalek M, Neale A, Goodrich C, Quinn K. The association of elder abuse and substance abuse in the Illinois elder abuse system. Gerontologist 1996; 36: 694-700.
- (41). McCreadie C, Claydon T, Denne C. Understanding elder abuse: the SAVE project. J Adult Protection 1999; 1: 23-30.
- (42). Pillemer KA, Moore D. Abuse of patient in nursing homes: findings from a survey of staff. Gerontologist 1989; 3: 314-320.
- (43). Pillemer KA, Bachman-Prehn R. Helping and hurting: predictors of maltreatment of patients in nursing homes. Res Aging 1991; 1: 74-95.
- (44). Cruz-Jentoft AJ, Carpena Ruiz M, Montero Errasquin B, Sanchez Castellano C and Sanchez Garcia E. Exclusion of older adults from ongoing clinical trials about type 2 diabetes mellitus. J Am Geriatr Soc 2013; 61:734–738.
- (45). Ribera Casado JM. Problemas éticos en la atención primaria. En: Ribera Casado JM y Cruz Jentoft AJ. Geriátría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica, 2002: 147-155.
- (46). Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Madrid: OMC; 2011.
- (47). Jones J, Dougherty J, Schelble D et al. Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. Ann Emerg Med 1988; 17: 1006-1015.
- (48). Indicadores Sociales en España. Instituto Nacional de Estadística. 2007.

- (49). Bursion GR. Letter: Granny-battering. *BMJ*. 1975; 3: 592.
- (50). Heisler CJ, Tewksbury JE. Fiduciary abuse of the elderly: A prosecutor's perspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1991; 3:23-40.
- (51). Shiferaw B, Mittelmark MB, Wofford JL, Anderson RT, Walls P, Rohrer B. The investigation and outcome of reported cases of elder abuse: The Forsyth County Aging Study. *Gerontologist*. 1994; 34: 123-5.
- (52). Podnieks E: National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. Ryerson Polytechnical Institute, Toronto, 1990.
- (53). Comijs H: Elder Mistreatment: Prevalence, Risk Indicators and Consequences. Vrije Universiteit, Amsterdam, 1999.
- (54). Tatara T, Thomas C. Administration on Aging. The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report. July 2002. Disponible en: [http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA\\_Programs/Elder\\_Rights/Elder\\_Abuse/docs/ABuseReport\\_Full.pdf](http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf)
- (55). Schiamberg LB, Oehmke J, Zhang Z, Barboza GE, Griffore RJ, Von Heydrich L, Post LA, Weatherill RP, Mastin T. Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. *J Elder Abuse Negl*. 2012; 24: 65-83.
- (56). Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: Prevalence Estimates From a Nationally Representative Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2008 July; 63: S248-S254.
- (57). Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health* 2010; 100: 292-297.
- (58). Ogg J, Bennet G. Elder abuse in Britain. *BMJ* 1992; 305: 998-999.
- (59). Pérez-Rojo G y Penhale B. Maltrato de las personas: situación actual en el Reino Unido. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41: 289-96.

- (60). Bennett GCJ, Jenkins G, Asif Z. Listening is not enough. An analysis of calls to the Elder Abuse Response. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2000; 2: 6-19.
- (61). Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing* 2008; 37: 151-160.
- (62). Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of Older People in the United Kingdom: Findings from the First National Prevalence Study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21; 1: 1-14.
- (63). Naughton C, Drennan J, Imogen L, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, O'Loughin A, Delaney L. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age and Ageing* 2012; 41: 98-103.
- (64). Clancy M, McDaid B, O'Neill D, O'Brien JG. National profiling of elder abuse referrals. *Age and Ageing* 2011; 40: 346-352.
- (65). Arellano Pérez M, Garreta Burriel M, Cervera Alemany AM. Negligencia, abuso y maltrato. En: *Tratado de geriatría para residentes*. SEGG. Madrid, 2007. Págs 133-140.
- (66). Bradley M. Caring for Older People: Elder Abuse. *BMJ* 1996; 313: 548-550.
- (67). Wiglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 493-500.
- (68). Marín N, Delgado M, Aguilar JL, Martínez MA, Díez A, Soto JA y Rodríguez Contreras R. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 40-46.
- (69). Jürschik P, Viladrosa M, Botigué T, Lavedán A, Vena AB y Noguera T. Prevalencia y factores asociados a sospecha de malos tratos en la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013; 48: 55-58.
- (70). Larrión, De Paul. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Bar)* 1994; 102: 216-219.

- (71). Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinyà D, Vilà A, Vilalta-Franch J, on behalf of the Frailty and Dependence in Girona Study Group. Prevalence and Risk Factors of Subtypes in People Aged 75 and Older. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57: 815-822.
- (72). Memoria de la Fiscalía General del Estado. 2004. Violencia doméstica. Accesible online.
- (73). Bazo MT. "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36: 8-14.
- (74). Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M y Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria* 2001; 27: 331-334.
- (75). Maltractaments i abusos. Activitats preventives de la gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 1999; 303-309.
- (76). Iborra Marmolejo I. Elder abuse in the family in Spain. 2008 (Online). Available at: [www.inpea.net/images/Spain\\_Report\\_2008\\_Elder.pdf](http://www.inpea.net/images/Spain_Report_2008_Elder.pdf). (18 de febrero 2013, con acceso).
- (77). Castellano Arroyo M. Violencia familiar. En: Gisbert Calabuig. *Medicina legal y toxicología*. 6ª edición. Ed. Masson. Barcelona, 2004. Cap 37. Págs: 486-504.
- (78). Loue SL. Elder abuse and neglect in medicine and law: the need for reform. *J Legal Med*. 2001; 22: 159-209.
- (79). Martínez Maroto A. El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española. Madrid, Portal Mayores, n° 40. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>
- (80). Fernández Alonso MC et al. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria* 2006; 37: 56-59.
- (81). O'Malley TA, Everitt DE, O'Malley HC, Champion E. Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. *Ann Intern Med*. 1983; 98: 998-1005.

- (82). Pillemer K, Suitor JJ. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *J Gerontol.* 1992; 47: s165-s172.
- (83). Kosberg J. Preventing elder abuse. Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist* 1988; 28: 43-50.
- (84). Jones JS, Holstege C, Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. *Am J Emer Med* 1997; 15: 579-583.
- (85). Lachs M, Williams C, O'Brien S et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine year observational cohort study. *Gerontologist* 1997; 37: 469-474.
- (86). Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing* 2013; 42: 292-298.
- (87). Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49: 132-137.
- (88). Cruz-Jentoft AJ, Gutierrez B. Upper age limits in studies submitted to a research ethics committee. *Aging Clin Exp Res* 2010;22:175–178.
- (89). Lázaro del Nogal M. Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico. *An Med Int.* 2000; 17 (Mongraf. 2): 37-45.
- (90). Fulmer T, Guadagno L, Dyer CB, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *JAGS* 2004; 52: 297-304.
- (91). Ferguson D, Beck C. HALF-a tool to assess elder abuse within the family. *Geriatr Nurse* 1983; 4: 301-304.
- (92). Neale A, Hwalek M, Scott R et al. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *J Appl Gerontol* 1991; 10: 406-418.
- (93). Reis M, Nahmiash D, Shrier R et al. When seniors are abused: An intervention model. *Gerontologist* 1995; 35: 666-671.
- (94). Reis M, Nahmiash D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Can J Aging.* 1995; 14: 45-60.

- (95). Reis M, Nahmiash D: Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen. *Gerontologist*. 1998; 38: 471-480.
- (96). Fulmer T, Wetle T. Elder abuse screening and intervention. *Nurse Pract* 1986; 11: 33-38.
- (97). Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*. 2008; 20: 276-300.
- (98). Pérez-Rojo G, Sancho MT, Aranda MT. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43: 180-8.
- (99). Pérez-Rojo G, Izal M, Sancho MT y Grupo de Investigación Trátame Bien. Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010; 45: 213-218.
- (100). Block MR, Sinnott JD. The battered elderly syndrome: an exploratory study. Centre on Aging. University of Maryland, College Park, MD, 1979.
- (101). O'Malley H, Segel H, Perez R et al. Elder abuse in Massachussets: a survey of professionals and paraprofessionals. Legal Research and Services for the Elderly. Boston. 1979.
- (102). Boydston LS, McNairn JA. Elder abuse by adult caretakers: an exploratory study. In "Physical and Financial Abuse of the Elderly. U.S. House of Representatives Select Committee on Aging. Washington, 1981: 135-136.
- (103). Wolf RS, Strugnell CP, Godkin MA. Preliminary findings from three model projects on Elderly Abuse. Centre on Aging. University of Massachussetts Medical Centre. Worcester, Mass. 1982.
- (104). Lau E, Kosberg JI. Abuse of the elderly by informal care providers. *Aging* 1979; 297: 10-15.
- (105). Wolf R. Risk assessment Instruments. Special Research Review Section. National Center on Elder Abuse Newsletter. 2000.

- (106). Marshall CE, Benton D, Brazier JM. Elder abuse: using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics* 2000; 55: 42-53.
- (107). Bover Bover A et al. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Aten Primaria* 2003; 32: 541-551.
- (108). Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994 update: Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Canad Med Assoc J* 1994; 151: 1413-1420.
- (109). American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: AMA: 1994; 4-24.
- (110). Rubenstein LZ. Geriatric assessment: an overview of its impacts. *Clin Geriatr Med*. 1987 Feb;3(1):1-15.
- (111). Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffee MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standard measure of biological and psychological function. *JAMA* 1963; 185: 914-919.
- (112). Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR, Nathan J, Piehl-Baker L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. *Phys Ther* 1984; 64: 35-40.
- (113). Moya Bernal A, Barbero Gutiérrez J (coord.). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. 2ª ed, 2006. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- (114). Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR.: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40: 373-383.
- (115). Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975 Nov; 12: 189-98.
- (116). Yesavage JA et al. *J Psychiatry Res* 1983; 17: 37-49.
- (117). Davidson JL. "Elder Abuse". In: Block MR and Sinnott JD (eds). *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*. College Park, Center on Aging, University of Maryland. 1979; 239-252.



- (118). Hickey T and Douglass RL. Mistreatment of the Elderly in the Domestic Setting: An Exploratory Study. American Journal of Public Health 1981; 71: 500-507.
- (119). Steinmetz SK. Duty Bound: Elder Abuse and Family Care, Newbury Park, CA, Sage Publications. 1988.
- (120). Wolf R and Pillemer K. Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse, New York, Columbia University Press. 1989.
- (121). Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: A U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2013. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleID=1558517>
- (122). Dong X, Simon M, Evans D. Decline in Physical Function and Risk of Elder Abuse Reported to Social Services in a Community-Dwelling Population of Older Adults. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 1922-1928.

**Otras lecturas** que han contribuido a mi idea de esta tesis y a despertar mi interés han sido:

- Bostock DJ, Auster S, Bradshaw RD, Brewster A, Chapin M, Williams C. Violencia familiar. (Monografía): American Academy of Family Physicians. Ed. Española. 2003. p. 39-44.
- Butler RL. Warning signs of elder abuse. Geriatrics 1999; 53: 3-4.
- Carney MT, Kahan FS, Paris BE. Elder abuse: Is Every Bruise a Sign of Abuse? The Mount Sinai Journal of Medicine. Vol 70. N° 2. March 2003.
- Coma M, Muñoz J, Orfila F, Tabueña M. Los malos tratos a las personas mayores. Ed. Fundación MAPFRE Medicina. 2005.
- Council on Scientific Affairs. Elder abuse and neglect. JAMA 1987; 257: 966-71.

- Curie CT. Doctors and ageism (editorial). BMJ. 1987; 295: 1586.
- De la Serna I. Manual de Psicogeriatría Clínica. Barcelona. Masson, SA. 2000; 7-17.
- Dolan V. Risk factors for elder abuse. J Insurance Med 1999; 31: 13-20.
- House of Commons Health Select Committee on Elder Abuse. Elder Abuse. Second Report of Session 2003-2004. Disponible en: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/111/111.pdf>
- Jogerst GJ, Dawson JD, Hartz AJ, Ely JW, Schweitzer LA. Community characteristics associated with elder abuse. J AM Geriatr Soc. 2000; 48: 513-518.
- Jogerst GJ et al. Domestic elder abuse and the law. American Journal of Public Health. 2003. Vol 93, n° 12: 2131-6.
- Kahan FS, Paris BEC. Why elder abuse Continues to Elude the Health Care System. The Mount Sinai Journal of Medicine. Vol 70. N°1. January 2003; 62-68.
- Kleinschmidt KC. Elder abuse; a review. Ann Emerg Med. 1997; 30: 463-472.
- Kmietowicz Z. Thousands of elderly people face abuse, says Commons report. BMJ. 2004; 328: 971.
- Lázaro del Nogal M (ed). Manual de detección y seguimiento de los malos tratos a personas mayores en instituciones sanitarias. Fundación MAPFRE. Madrid. 2012.
- Lázaro del Nogal M. El maltrato como urgencia geriátrica. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Urgencias en Geriatria. Clínicas geriátricas XIII. Madrid: Editores Médicos, 1997.
- López García AP. Maltrato en el ámbito institucional. Revista mult. Gerontología 2003; 13 (2): 102-113.
- Matlaw JR, Spence DM. The hospital assesment team: a protocol for suspected cases of elder abuse and neglect. Elder Abuse Neglect 1994; 6(2): 23-37.

- Morrison LJ, Allan R, Grunfeld A. Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. J Emerg Med. 2000; 19: 117-24.
- Ribera Casado, JM. La atención sanitaria al anciano: Utilización eficiente de recursos o discriminación? Dimensión humana 1997; 1: 30-40.
- Richardson B, Kitchen G, Livingston G. The effect of educational intervention on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. Age Ageing 2002; 31: 335-41.
- Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross-sectional study in primary care. BMJ. 2002; 324: 274.
- Sanmartín J. El laberinto de la violencia: causas, tipos y efectos. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Barcelona. Ariel. 2004.
- Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and Disability Outcomes of Self-Reported Elder Abuse: A 12-Year Prospective Investigation. Article first published online: 16 APR 2013. DOI: 10.1111/jgs.12212
- Swagerty DL, Takahashi PY, Evans JM. Elder mistreatment. American Family Physician. 1999; 59: 2. 804-808.
- Voelker R. Elder abuse and neglect a new research topic. JAMA. 2002; 288: 2254-6.
- XLI Asamblea Médica Mundial. Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos. Hong Kong, septiembre 1989. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/a4/>

### **Legislación relacionada**

- Constitución Española de 27 de Diciembre de 1978.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.
- Ley 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en Materia de Protección a las Víctimas de Malos Tratos.
- Ley 22/2000, de 29 de diciembre, de acogida de personas mayores.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del decreto 284/1996 que regula el Sistema Catalán de Servicios Sociales.

ANEXO

## **CASUÍSTICA DE VIOLENCIA CONTRA PERSONAS MAYORES**

Con este apartado pretendo ilustrar mejor algunos de los problemas que se plantean en el tema de los malos tratos al recoger una serie de casos singulares en los que he podido participar como consultor. En todos se había producido una denuncia ante el Juzgado, bien directamente por la víctima, o por la Guardia Civil, al tener conocimiento de una agresión o conflicto. Quiero destacar que se trata de situaciones extremas que, por el mero hecho de haber sido atendidas en un juzgado, van mucho más allá de lo que es el día a día en este campo y de lo que se recoge en el trabajo que he expuesto. En todo caso no dejan ser ilustrativas y por ese motivo me ha parecido interesante reseñarlas aquí.

Mi intervención fue solicitada porque las víctimas o los agresores eran personas mayores, por lo que interesaba la opinión médica especializada sobre aspectos clínicos o sociales, para tomar las decisiones judiciales oportunas.

En el periodo de Instrucción, el Juez solicitó informe pericial del caso a la Unidad de Valoración de Violencia Médico-Legal y fue desde esta Unidad desde la que se solicitó mi intervención y asesoramiento.

Son casos que, en principio, al haberse puesto una denuncia por una mujer, se pueden considerar como de Violencia familiar o, más específicamente, de Violencia contra la mujer. Con la terminología de la última normativa legal al respecto se trataría de Violencia de género.

Sin embargo, en algunos de estos casos, con el estudio detenido de la mujer que denuncia (la víctima) y del agresor, el primer objetivo deber ser comprobar que se dan los criterios para calificar el caso como verdadera Violencia, y que se trata efectivamente de un delito que merece la aplicación de las medidas judiciales previstas expresamente para estos delitos, como se expuso en el apartado legislativo.

En muchos de estos casos el estudio psicobiográfico y patológico de la/s víctimas y agresor/es lleva a la conclusión de que en el conflicto y en la presunta violencia y maltrato han influido problemas o acontecimientos familiares o incluso patologías mentales que tienen que ser tratadas, desde la asistencia sanitaria y no desde el Juzgado.

Cuando en las denuncias por Violencia encontramos implicadas personas mayores es preciso investigar la eventual presencia de una demencia incipiente o incluso un deterioro cognitivo leve capaz de desequilibrar la vida familiar, produciendo un conflicto en el que la agresividad genera riesgo de maltrato e incluso agresiones extremas que llegan a la muerte de la víctima. Esto se debe prevenir desde la Geriatria, porque a menudo somos testigos de estos cambios y son referidos por la familia como llamativos porque en el paciente se han agravado algunos rasgos y comportamientos, o han aparecido unos nuevos que no se corresponden con su personalidad premórbida.

Los casos en los que hemos visto a las personas implicadas o hemos estudiado su documentación clínica los hemos agrupado según el “modelo familiar” en el que ha aparecido la violencia.

Distinguimos así:

Grupo 1. Padres/madres víctimas de violencia por parte de su/s hijos. En este grupo contamos con 8 casos.

Grupo 2. Mujeres víctimas de violencia por parte de su marido o pareja. En este grupo contamos con 12 casos. Lo hemos diferenciado del siguiente porque los hijos pueden jugar un papel importante en la dinámica del conflicto al manifestarse de parte de la madre víctima o del padre agresor.

Grupo 3. Mujeres víctimas de violencia por parte del marido y los hijos. En este grupo contamos sólo con 2 casos, pero la situación de las víctimas suele ser tan grave que hemos considerado de interés el reseñarlo.

Grupo 4. Personas mayores víctimas de violencia económica. En este grupo sí hemos encontrado tanto a mujeres como a hombres víctimas de estas conductas.

## **GRUPO 1. PADRES/MADRES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POR PARTE DE SU/S HIJOS**

### CASO 1º, GRUPO 1:

*Relación entre víctima y agresor:* madre e hijo.

*Hechos que motivan la denuncia:* C., de 38 años, está separado de su esposa; tiene dos hijos. Desde su separación, vive con su madre, que se ocupa de los niños los días o periodos de vacaciones en que están con su padre. C., bebedor habitual y adicto a otras drogas (hachís, cocaína...), con problemas laborales y sociales, cuando se encuentra bajo los efectos de sustancias, insulta y amenaza a su madre de forma grave. La denuncia se produjo porque de madrugada discutieron, la insultó y la echó de la casa, junto con los niños.

*Diagnóstico del agresor:* padece un Trastorno Límite de la Personalidad, cumpliendo los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR, a lo que se suma Adicción a drogas. Su personalidad se caracteriza por puntuaciones extremas en fantasioso y fabulador, superficial, abierto a experiencias nuevas, buena autoestima, no se culpabiliza, manifiesta baja tendencia a experimentar ansiedad, es tranquilo, seguro de sí mismo y dominante.

*Valoración médico-legal:* la conducta agresiva de C. hacia su madre, M., está en relación con el consumo de alcohol, hachís y cocaína. Es entonces cuando se manifiesta su tendencia a la dominancia e impulsividad y puede comportarse de forma agresiva; si no está bajo los efectos de sustancias es un hombre tranquilo y apacible. El riesgo para la seguridad e integridad física de M. es BAJO. El riesgo para su salud psíquica es ALTO, ya que estos desajustes de su hijo le producen ansiedad y estado de ánimo depresivo. Está en tratamiento con diazepam.

*Recomendación judicial:* tratamiento de deshabituación de alcohol y drogas. Si se considera indicado después, tratamiento con psicoterapia de apoyo o terapia de grupo.



## CASO 2º, GRUPO 1:

*Relación entre víctima y agresor:* madre e hijo.

*Hechos:* denuncia médica mediante Parte de Lesiones por herida de cuchillo en la frente. Con frecuencia insultos, golpes o amenazas con armas; con más frecuencia las agresiones las dirige hacia su madre, que es la que está habitualmente en la casa. E. ha estado en prisión por motivos de tráfico y consumo de drogas, amenazas y agresiones en forma de “tiron de bolso”. Actualmente, es consumidor habitual de hachís.

*Datos derivados de la entrevista:* M. manifiesta intensa sintomatología ansioso-depresiva. Lloro al referir su situación, está en tratamiento con clorazepato dipotásico y antidepresivos. E. manifestó desde la infancia conductas desobedientes y agresivas hacia sus padres y hermanos. Presenta clara inestabilidad emocional, inconstancia en sus afectos, imposibilidad de mantener un empleo, alto nivel de ansiedad, hostilidad y actitud paranoide hacia sus padres y especialmente hacia su madre, refiriendo que lo han tratado peor que a sus hermanos.

*Diagnóstico:* Trastorno Límite de Personalidad, cumpliendo los criterios diagnósticos DSM-IV-TR. A esto se une la Adicción a drogas, actualmente hachís.

*Valoración médico-legal:* se trata de una situación muy dura para la madre, y de difícil solución. El trastorno de personalidad no tiene un tratamiento específico y curativo. No es razonable que la madre soporte conductas del hijo que le ocasionan sufrimiento, patología y riesgo de agresiones graves con peligro para su integridad y su vida.

*Recomendación judicial:* alejamiento del hijo del domicilio materno. Adecuado seguimiento médico integral a la madre.

### CASO 3º, GRUPO 1:

*Relación entre víctimas y agresor:* padres e hijo.

*Hechos que motivan la denuncia:* tanto M. como M.D. han sido atendidos en el Centro de Salud por presentar hematomas. Por ese motivo, se ha emitido Parte de Lesiones y han sido citados a consulta en el Juzgado por el Médico Forense; aunque ellos han alegado caídas o golpes accidentales, existe la sospecha de que las lesiones se las ocasiona su hijo M. Los vecinos, que son guardias civiles y conviven en la Casa Cuartel, han corroborado que oyen discusiones, golpes y romper objetos. La decisión inmediata del Juez ha sido determinar “Alejamiento” de M. del domicilio de sus padres, habiéndose trasladado éste a vivir a un pueblo próximo.

*Datos derivados de la entrevista:* tanto M. como M.D. reconocen que su hijo es nervioso, pero minimizan su comportamiento y se muestran preocupados porque tenga que vivir solo, ya que es hijo único y siempre ha vivido con ellos. Justifican el carácter de su hijo por los varios cambios de domicilio (País Vasco, Barcelona, Ciudad Real) llevados a cabo por la familia, que le ha obligado a dejar a sus amigos en los distintos lugares. Justifican sus reacciones agresivas y les quitan importancia, aunque reconocen que cuando está mal necesitan tomar ansiolíticos porque duermen mal y se encuentran nerviosos.

*Diagnóstico del agresor:* M. ha estado ingresado en la planta de Salud Mental de un hospital en tres ocasiones, diagnosticado de cuadros de manía, con exaltación del estado de ánimo, desinhibición y conducta impulsivo-agresiva. La exploración de su personalidad confirma una personalidad extrovertida e impulsiva, aunque no es paranoide ni presenta intolerancia a la frustración. Probablemente ha sido en etapas de excitación e impulsividad (hipomaníacas o maníacas) cuando haya amenazado o agredido a sus padres, que han visto su conducta como propia de su enfermedad (Trastorno Bipolar con predominio de Fases Maníacas).

*Valoración médico-legal:* la situación de esta familia no debe ser enfocada, desde nuestro punto de vista, como un tema judicial penal de Violencia en el ámbito familiar. Es una familia compuesta por el padre, la madre y un hijo que padece un trastorno mental. Este caso debe enfocarse desde la perspectiva médico-clínica, es decir, los padres deben entender que cuando su hijo empieza a manifestarse más alterado, más espontáneo, más activo, duerme

poco, está inquieto y rebelde, es porque necesita ir al médico para que le ponga tratamiento antes de que el cuadro clínico de manía sea más severo. En el caso de que necesite internamiento hospitalario se podrá recurrir al tratamiento compulsivo (artículo 763. Ley Enjuiciamiento Civil) con autorización y control judicial, hasta que mejore. Es decir, hay que actuar ante este caso como se actúa en todos los casos de trastornos mentales, y no como en un caso típico de Violencia Familiar.

**NIVEL DE RIESGO PARA LA SEGURIDAD E INTEGRIDAD PSICOFÍSICA DE LOS PADRES:** si siguen las indicaciones clínicas y recurren al psiquiatra cuando perciban síntomas de desestabilización del estado de ánimo en la persona de su hijo, el riesgo es BAJO.

*Recomendación judicial:* retirar el alejamiento del hijo de los padres ya que es un inconveniente para que cumpla el tratamiento y perjudica su recuperación. Instruir a los padres para que conozcan bien la patología ciclotímica y recurran al médico ante indicios de desestabilización.

#### CASO nº 4, GRUPO 1:

*Relación entre víctimas y agresor:* madre e hijo.

*Hechos que motivan la denuncia:* denuncia del médico mediante Parte de Lesiones tras atender a M. de herida por arma blanca en el cuello. Se la había realizado su hijo Mi., actualmente pendiente de juicio por este hecho. M. está casada y tiene 7 hijos; ha sobrellevado problemas de drogadicción y delincuencia de tres de sus hijos; su esposo está desentendido del hogar. De forma habitual ha sido ella la que ha trabajado para sacar la casa adelante y ha sufrido, con frecuencia, maltrato psíquico por parte de los hijos problemáticos. Mi. ha estado en prisión anteriormente y, en el momento actual, está pendiente de juicio; el motivo fue haber atacado a su madre en el cuello con un cúter, produciéndole una herida por arma blanca superficial, pero en una zona vital. Otras veces la había insultado y amenazado.

*Datos derivados de la entrevista:* M. refiere que, cuando la enfermedad de su hijo Mi. se agrava, éste se pone muy agresivo porque cree que le persiguen y quieren hacerle daño; cree que por ello la atacó. Refiere que le tiene miedo,

pero también que le da pena. Consulta a menudo con su médico de cabecera, que le prescribe ansiolíticos y analgésicos.

*Diagnóstico del agresor:* Mi. está diagnosticado de esquizofrenia paranoide y es adicto a drogas por vía parenteral y a otras drogas (hachís y cocaína).

*Valoración médico-legal:* las adicciones de Mi. ensombrecen notablemente el cuadro, ya que favorecen la falta de seguimiento terapéutico, la aparición de brotes esquizofrénicos, y los cuadros son más graves y de mayor duración. Su enfermedad conlleva una alta peligrosidad para las personas que lo rodean. Hasta ahora sólo su madre se ha convertido en víctima de su agresividad y ataques, al ser la que mantiene con él más relación, encontrándose siempre en la casa.

**RIESGO PARA LA SEGURIDAD E INTEGRIDAD FÍSICA:** el nivel de riesgo es MUY ALTO para la integridad física así como para su salud psíquica.

*Recomendación judicial:* al no existir en este momento instituciones psiquiátricas cerradas, el lugar en el que Mi. estaría mejor atendido médicamente y judicialmente sería un psiquiátrico penitenciario, ya que es un enfermo mental, pero al mismo tiempo un delincuente con un alto potencial de peligrosidad. Respecto a M., consideramos que lleva arrastrando 30 años una vida de maltrato por algunos de sus hijos; esta mujer merecería, por parte de los Servicios de Atención a la Mujer, la posibilidad de ir a un Centro en el que pudiera alejarse del maltrato y la violencia, trabajar con tranquilidad y tener alguna satisfacción en su vida. Todos sus hijos son ya mayores de edad y ha cumplido con creces lo que cualquier persona es capaz de soportar.

#### CASO n°5, GRUPO 1:

*Relación entre víctima y agresor:* madre e hijo.

*Hechos que motivan la denuncia:* aunque V. está casada, su esposo hace su vida al margen de lo que pasa en la casa, por lo que la responsabilidad del hijo es sólo suya. V. es amenazada, insultada y ocasionalmente agredida por su hijo T., que es drogadicto y está mal integrado a nivel social y familiar; por este motivo reclama a su madre dinero, o, cuando está bajo los efectos de las sustancias, entabla con ella discusiones, que a veces acaban en golpes leves, empujones, etc. En el momento actual, no se ha podido localizar a T., ya que ha

abandonado el domicilio de su madre y se encuentra en paradero desconocido.

*Diagnóstico del agresor:* adicción a drogas (hachís, cocaína).

*Datos derivados de la entrevista:* V. manifiesta alta preocupación por su situación familiar ya que la actitud de su hijo la atemoriza cuando está con ella, mientras que cuando se ausenta, le preocupa la incertidumbre sobre su paradero y su estado. V. está en tratamiento farmacológico con hipnóticos como diazepam.

*Valoración médico-legal:* la adicción a drogas de T. produce en su madre una situación de preocupación que afecta a su salud y estabilidad psíquica. Por otra parte, cuando T. convive con ella, su comportamiento amenazante y agresivo le ocasiona intenso malestar psicofísico, trastornos del sueño, tristeza, actitud vigilante y ansiosa,...

**NIVEL DE RIESGO PARA LA SALUD PSICOFÍSICA DE LA VÍCTIMA:** ALTO para la integridad física ya que no puede controlarse la conducta del hijo cuando está bajo los efectos de sustancias psicoactivas y ALTO también para la salud psíquica.

*Recomendación judicial:* Desde el punto de vista judicial se puede proponer tratamiento de desintoxicación para T. y alejamiento de su madre mientras no se produzca su mejoría.

#### CASO n° 6, GRUPO 1:

*Relación entre víctimas y agresor:* padres e hijo.

*Hechos que motivan la denuncia:* denuncia médica mediante Parte de Lesiones por asistencia a A. por crisis hipertensiva y estado de ansiedad, como consecuencia de la amenaza con arma blanca sufrida por parte de su hijo R., enfermo esquizofrénico.

*Datos derivados de la entrevista:* M. vive con sus padres. Desde los 20 años está diagnosticado de esquizofrenia y ha requerido varios ingresos hospitalarios por este motivo. Se queja de que no tiene trabajo ni dinero, manifestando ideas de perjuicio y relatos delirantes. Poco a poco, reconoce que está enfermo y que sus padres se portan bien con él, que son los únicos que lo cuidan. Tanto A. como R. refieren que viven con miedo e inseguridad, ya

que, con frecuencia se vuelve agresivo, les exige dinero o los acusa de no darle de comer, los amenaza, en ocasiones incluso de muerte, con arma blanca. A. es la que manifiesta más temor; refiere que en esas ocasiones le sube la tensión y le da mucha ansiedad, por lo que ha tenido que recibir ayuda médica más de una vez. Cuando M. se pone así, lo llevan al médico y éste le ajusta la medicación o, en ocasiones, lo ha mandado al hospital. Ellos manifiestan que estarían más seguros si su hijo pudiera estar en un centro internado, ya que se ven mayores y con menos facultades para atenderlo.

*Diagnóstico del agresor:* esquizofrenia paranoide.

*Valoración médico-legal:* en las épocas en que la enfermedad de M. empeora (brote esquizofrénico) se manifiesta agresivo y amenazante con las personas que tiene más cerca, los padres y, especialmente, su madre. La filosofía actual de la Psiquiatría es que el enfermo mental no esté internado permanentemente, sino integrado en la familia y en la sociedad. Es el caso de M., aunque para sus padres, ya mayores, supone una gran carga y el riesgo de que en algún momento pueda agredirlos.

**NIVEL DE RIESGO PARA LA SALUD PSICOFÍSICA DE LAS VÍCTIMAS:** No es posible pronunciarse con certeza sobre el riesgo que supone para la seguridad y la integridad física de sus padres. Estos enfermos son susceptibles de verse invadidos por ideas de perjuicio, de persecución y de peligro que los lleva a atacar pensando que se están defendiendo de una amenaza, por ello son imprevisibles y capaces de cometer cualquier tipo de agresión. Su peligrosidad depende del estado de su enfermedad y de que ésta esté controlada farmacológicamente. Consideramos un riesgo para la integridad física ALTO en las épocas de crisis, e igualmente ALTO para la salud psíquica.

Este no es un caso que encaje en el concepto actual de maltrato o violencia familiar. Es un problema social para el que se deben aportar soluciones: centros de trabajo controlados, centros postingreso hasta recuperación completa,...

## CASO n° 7, GRUPO 1:

*Relación entre víctima y agresor:* madre e hijo.

*Hechos que motivan la denuncia:* M., en un episodio de agresividad, destruyó el mobiliario de la casa de su madre y la amenazó de muerte, intentado golpearla con un palo. La intervención de la Guardia Civil evitó lesiones físicas, pero tuvo que ser atendida en Urgencias con un cuadro ansioso. Actualmente mantiene tratamiento antidepresivo y ansiolítico. M. padece esquizofrenia y vive con su madre, que presenta secuelas de un ictus.

*Datos derivados de la entrevista:* A. relata que ella se da cuenta de los pródromos de los brotes esquizofrénicos de su hijo porque inicia conductas y rituales religiosos, pero se queja de que si recurre a los médicos en esos momentos, como todavía no está agitado ni grave, no lo ingresan y lo derivan al domicilio, hasta que se agrava y aparecen los problemas de agresividad. A. insiste en que su problema no es judicial, sino que, debido a las graves limitaciones físicas que ella sufre a consecuencia de su accidente cerebrovascular, lo que necesita es que se le preste atención y ayuda para sobrellevar la enfermedad de su hijo.

*Diagnóstico del agresor:* esquizofrenia paranoide, con delirios místico-religiosos.

*Valoración médico-legal:* M. padece esquizofrenia; en las épocas en las que su enfermedad empeora (brote esquizofrénico) se manifiesta agresivo y amenazante con la persona que tiene más cerca, que es su madre. Aunque no la ha agredido seriamente hasta ahora, sí la ha amenazado de muerte, lo cual significa un riesgo real dadas las circunstancias de estos enfermos. A pesar de lo que propugna actualmente la Psiquiatría, que el enfermo mental esté integrado en la familia y en la sociedad, en este caso, para su madre, con secuelas importantes de un ictus y separada de su marido, M. supone una gran carga y el riesgo de que en algún momento pueda agredirla.

### CASO n° 8, GRUPO 1:

*Relación entre víctima y agresor:* madre e hijo.

*Hechos que motivan la denuncia:* J.L. ha planteado problemas desde su infancia, rechazo escolar, peleas, insultos a sus padres y conflictos con sus hermanos. Hacia los 17 años manifestó adicción a hachís y opiáceos, posteriormente hachís y cocaína en lo que se mantiene actualmente. J.L. vive con su madre, que es viuda, aunque a temporadas desaparece, estando a la vuelta en estado general de abandono. Ella lo atiende, soportando sus coacciones y amenazas para que le dé dinero, así como situaciones de exaltación con rotura de objetos y amenazas para su vida, incluso con armas. Son los vecinos los que han denunciado, porque J.L. prohíbe a su madre abrir la puerta, o hablar con nadie. El Juez ha determinado “Alejamiento” del hogar, pero J.L. no ha obedecido, está en la casa y J. no se atreve a contrariarlo en nada, ni a denunciarlo.

*Diagnóstico del agresor:* trastorno de personalidad de tipo paranoide y adicción a drogas (hachís y cocaína).

*Valoración médico-legal:* la medida judicial de “Alejamiento” no ha sido útil por no haber sido obedecida. J. está asustada y coaccionada y no denuncia la situación, mantiene su aislamiento de los vecinos y obedece en todo a su hijo. Se encuentra muy ansiosa y toma antidepresivos e hipnóticos. Consideramos que el nivel de riesgo para su seguridad es ALTO, así como para su salud psíquica. La recomendación judicial es indicar tratamiento de deshabituación de drogas y tratamiento psiquiátrico para su trastorno. Sería necesario que pudiera vivir alejado e independiente de su madre para que J. pudiera vivir tranquila, pero esto necesitaría de medidas sociales que en este momento no existen.



## **DISCUSIÓN DEL GRUPO 1**

En este Grupo hemos contado con 8 casos.

**VÍCTIMAS:** ambos padres en 2 de los 8 casos, y la madre en los 6 restantes. Dos están viudas, una separada y en los otros tres casos están casadas, aunque la implicación del padre en los problemas es mínima. Las edades oscilan entre los 65 años y los 73.

**AGRESORES:** los 8 agresores son varones. Sus edades oscilan entre los 31 años y los 43. Sólo uno de ellos ha estado casado, estando separado en el momento de la agresión. Los ocho viven en el domicilio de los padres.

Todos tienen patología mental, siendo los diagnósticos: psicosis bipolar, un caso. Esquizofrenia paranoide en tres. En cuatro, trastorno de personalidad. En 5 el problema principal era la Adicción a Drogas.

**CONDUCTAS AGRESIVAS:** en dos casos, agresión con arma blanca. En 4 casos los insultos y amenazas se acompañaron de golpes leves. En el resto, las conductas consistieron en romper objetos, amenazas e insultos.

**RIESGOS PARA LAS VÍCTIMAS:** ya hemos visto que sólo en un caso el riesgo era bajo. En los siete restantes hemos considerado riesgo ALTO, para su integridad física y, siempre para su salud psicofísica. Todas las víctimas consultan a su médico por síntomas psicósomáticos diversos: dolores musculares, cefaleas, insomnio, ansiedad, depresión. Todas mantienen tratamientos ansiolíticos, hipnóticos o analgésicos. Ante las amenazas o claras agresiones desarrollan cuadros ansioso-depresivos que los llevan a consultar por insomnio, dolores musculares, trastornos diversos, cuando lo que está de base es la seria preocupación por el problema familiar.

**MEDIDAS JUDICIALES:** en un caso la medida judicial había sido de prisión. En cuatro casos “Alejamiento” de la víctima. Esto sólo se cumplía en un caso, ya que el cumplimiento de la medida depende sólo de la voluntad del agresor y, en todos los casos la voluntad está alterada por su patología. En dos casos “Tratamiento de deshabituación”. Y en un caso no se habían tomado medidas.

RECOMENDACIÓN MÉDICA. En nuestras recomendaciones consideramos:

- Tratamiento médico y convivencia con los padres en un caso de bajo riesgo.
- En dos casos recomendamos Internamiento en Prisión (psiquiátrico penitenciario) ya que se ha producido agresión y herida por arma blanca.
- En los casos de patología mental (trastornos de personalidad y esquizofrenia) junto con adicciones recomendamos tratamiento de deshabituación y mantener el tratamiento psiquiátrico. Y en los casos de esquizofrenia, mantener el tratamiento psiquiátrico. En estos cinco casos, el problema es de tipo asistencial/social; se trata de pacientes con patología mental grave con los que la convivencia es muy difícil. Esta convivencia tienen que soportarla unos padres y, más a menudo, una madre, que es mayor y que sobrelleva la situación familiar desde hace muchos años, está agotada y necesita tratamiento médico por la propia depresión/ansiedad que el tema le origina, o por su propia patología.

En estos casos, y desde la Geriátrica, he de llamar la atención, para que se instrumenten medidas asistenciales/sociales que den solución a este problema.

Desde la Psiquiatría se propugna una atención al paciente psiquiátrico dentro del núcleo familiar y social; pero la realidad muestra que casos como los que acabamos de describir son frecuentes y se repiten con modelos similares a los expuestos. Se trata de padres/madres mayores, incapaces ya de seguir soportando el esfuerzo de cuidados del hijo enfermo y asumiendo un riesgo grave para su integridad física y su salud mental.

La solución judicial en la que estos casos acaban no es la adecuada, porque añade peligrosidad al agresor denunciado e inseguridad a la víctima (habitualmente madre cuidadora). La solución debe ser asistencial, con residencias/pisos asistidos en los que estos enfermos reciban el tratamiento psiquiátrico adecuado que prevenga los brotes o crisis, y mantenga el control sobre sus adicciones. Es la mejor forma de ofrecer seguridad a los padres y a los propios enfermos, asegurando un futuro digno para ellos.

## **GRUPO 2. MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POR PARTE DE SU ESPOSO O PAREJA**

### CASO n° 1, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* el matrimonio ha convivido unos 44 años. A. es bebedor excesivo regular desde su juventud, lo cual ha desembocado en comportamiento agresivo contra su esposa. Los insultos, humillaciones, amenazas con armas y agresiones físicas han sido frecuentes, pero An. no ha denunciado, hasta esta ocasión, en que, tras repetirse la escena habitual de amenazas e insultos, la ha amenazado con un gran cuchillo, lo que la ha llevado a temer por su vida. Cuando pudo zafarse llamó a la policía, que la llevó al Centro de Salud, donde se le atendió de un cuadro ansioso y se emitió parte de lesiones. Seguidamente denunció y puso demanda de separación. A. ha pasado en prisión unos días y ha salido con orden de alejamiento, que en ocasiones incumple.

*Datos derivados de la entrevista:* An., desde que se casó, observó que su esposo bebía a diario; si lo hacía con moderación se volvía chistoso y hablador. Si se embriagaba se volvía agresivo, insultaba, tiraba cosas al suelo, le escupía y, a veces, la amenazaba de muerte, le sacaba la navaja o la golpeaba. La personalidad de An. queda marcada por su sentido de abnegación y sacrificio, a lo que da un gran valor, por lo que en autoestima ofrece la máxima puntuación. Su salud psicofísica no es mala, lo que asociamos a los efectos del tratamiento que sigue. Por su parte, A. muestra una personalidad narcisista e histriónica, que, debido a la desinhibición cortical que produce el alcohol, se manifiesta en la actualidad de forma llamativa.

*Valoración médico-legal:* la actitud actual de A. hacia su esposa no es hostil, no verbaliza amenazas o sentimiento de perjuicio, propone el reparto de gananciales y acepta la separación con alejamiento total. Con los datos que tenemos consideramos que en el momento actual A. no supone un riesgo para la integridad física y la seguridad de An. Se recomienda tratamiento de deshabitación de alcohol para garantizar ese bajo riesgo.

## CASO n° 2, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* maltrato psíquico durante 40 años y físico en algunas ocasiones. R. se ha ido a vivir casa de una hija y se ha separado de su esposo. Refiere, con ejemplos, un comportamiento continuo de menosprecio, crítica, insulto y, en ocasiones, amenazas, además de las agresiones físicas puntuales. La primera denuncia fue hace unos 20 años porque le dio una paliza con una correa; cuando la asistieron los médicos dieron parte al juzgado, después retiró la denuncia. La segunda denuncia llegó poco después, porque le pegó, rompió cuadros, platos, etc. La última vez, discutió con R., la cogió del brazo, la empujó y la tiró sobre la cama. Entonces decidió denunciar, se fue a casa de su hija y allí sigue.

*Datos derivados de la entrevista:* R. ha soportado tantos años este trato porque adolece de una personalidad y un patrón cultural en que acepta la superioridad del hombre; ella manifiesta alta dependencia, baja actividad, se manifiesta tímida y poco atrevida, aunque autosuficiente para resolver sus problemas y con baja tendencia a experimentar ansiedad. Presenta un cuadro ansioso-depresivo moderado en relación con el problema familiar actual y la actitud de su marido respecto a sus hijos.

*Diagnóstico del agresor:* F., a lo largo de toda la entrevista, mantiene una actitud egocéntrica, histriónica y llora varias veces poniendo de manifiesto cierta labilidad afectiva. Está bien orientado en tiempo, espacio y con respecto a sí mismo; recuerda los nombres de los hijos y nietos. Tanto el piso como su ropa, los mantiene limpios y ordenados. Niega malos tratos a R. o a los hijos e insiste en que se ha pasado la vida trabajando. La personalidad de F. queda marcada por baja afectividad, es suspicaz y desconfiado, autosuficiente e independiente y manifiesta un alto nivel de ansiedad.

*Valoración médico-legal:* estamos ante un matrimonio de 70 años cuya convivencia se ha ajustado a un patrón tradicional machista aceptado por ella durante más de 40 años. En tres ocasiones refiere maltrato físico, grave al menos en una ocasión. En los últimos años, R. ha ido asimilando la cultura social de intolerancia al maltrato, hasta que, ante una discusión y zarandeo, abandonó el domicilio conyugal, denunció, inició la separación y se fue a vivir con su hija. R. en la actualidad se encuentra algo triste y ansiosa, pero

satisfecha de su decisión y del apoyo que sus hijos le han proporcionado; su vida personal es más tranquila y vive más feliz. Él no ha asimilado la separación matrimonial y la decisión de su esposa. Sus rasgos de personalidad señalan alta tendencia a ser suspicaz, desconfiado y dominante; su tendencia a la inestabilidad emocional y su alto nivel de ansiedad hacen que entrañe cierto nivel de riesgo de llevar a cabo conductas agresivas contra su esposa. Así mismo existe riesgo de autoagresiones posteriores (suicidio). Es una persona de edad y con necesidad de atención, y, con toda seguridad, de tratamiento médico-psicológico para superar el acontecimiento vital por el que pasa.

**NIVEL DE RIESGO PARA LA SEGURIDAD DE LA VÍCTIMA:** en este caso, consideramos que existe un cierto riesgo para la integridad y seguridad de la víctima, dado el estado de resentimiento y sentimiento de injusticia que tiene F. hacia ella. Es un caso en el que, desde el punto de vista médico, tanto F. como R. necesitan apoyo y tratamiento médico para superar la situación.

### CASO n° 3, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* denuncia de C. hacia A. por malos tratos. Refiere que aunque durante más de veinte años soportó golpes e insultos, en el último año la obsesión de A. por conductas sexuales que ella no acepta es el motivo que la ha llevado a poner la denuncia. La denuncia ha provocado que A. esté en prisión y C. está atemorizada ante la reacción que él pueda tener contra ella cuando deje el Centro Penitenciario.

*Datos derivados de la entrevista:* Refiere C. que A. bebía en exceso y en esas ocasiones le replicaba de malas formas con insultos y golpes, era violento, celoso y agresivo y el beber le ocasionó impotencia de la que la culpaba a ella. Se encuentra en situación de serio malestar psíquico, ansiosa y con dificultad para conciliar el sueño, toma medicación ansiolítica e hipnótica.

*Diagnóstico del agresor:* De su conversación se desprende que no es capaz de captar que su situación familiar tiene una consideración muy grave desde el punto de vista judicial. Se jacta de sus demandas sexuales para con su mujer y

así lo ha hecho en el centro penitenciario, motivo por el que le apodan “el del higo y las tetas” (se ríe ingenuamente cuando lo refiere). De entrada reconoce que ha bebido de siempre, pero no considera que el alcohol le haya perjudicado puesto que ha trabajado correctamente y ha cumplido con su deber de ganar dinero para su mujer y sus hijos. Respecto al futuro nos dice que en la cárcel ha reflexionado mucho y que no le merece la pena vivir amargado, por lo que acepta la separación de su esposa y el reparto de los bienes de forma equitativa, ocupando cada uno una de las casas que tienen en el pueblo. No manifiesta rencor, ni sentimientos de injusticia o venganza hacia su esposa de donde se deduce baja peligrosidad para ella.

*Valoración médico-legal:* A. manifiesta un perfil de personalidad en el que predomina la sensibilidad, la inestabilidad emocional con baja tolerancia a la frustración, fantasía y alejamiento de la realidad; todo ello hace que ante situaciones de frustración (se le niega algo que pide como una necesidad primaria) reaccione de manera impulsiva. Sin embargo, es un hombre con baja tendencia a experimentar ansiedad, con baja puntuación en tensión emocional o ansiedad flotante, poco preocupado por su imagen social, lo que resta peligrosidad a su conducta. Los rasgos de personalidad mencionados se ven afectados por su dependencia del alcohol, ya que bebe desde hace más de 35 años de forma excesiva y regular, por lo que es altamente probable que padezca un deterioro cognitivo que se esté manifestando con las conductas desinhibidas y de contenido erótico-sexual denunciadas en los últimos meses. Esta situación de deterioro intelectual suele afectar al nivel de comprensión de la realidad, al control de los impulsos y a la capacidad de inhibir las necesidades primarias. C. ha soportado una vida matrimonial con frecuentes insultos y sometimiento a su esposo como algo frecuente en su ambiente sociocultural. En los últimos meses ha rechazado requerimientos de su esposo, contrarios a sus deseos. Finalmente, ha decidido denunciar la situación, expresando su deseo de romper con una relación cada vez más difícil para ella, que, por su edad, sólo aspira, según dice “a tener tranquilidad”.

**NIVEL DE RIESGO PARA LA SEGURIDAD DE LA VÍCTIMA:** en cuanto a la peligrosidad actual de A., podemos considerarla BAJA ya que ha asimilado la ruptura de su matrimonio; él mismo manifiesta que no pueden vivir juntos y que

como tienen dos casas, cada uno puede vivir en una, indicando espontáneamente que sea ella la que elija. A favor de una actitud pacífica, por su parte está el que tenga una baja tendencia a experimentar ansiedad y una baja tensión emocional. Sin embargo, su adicción al alcohol etílico y el probable deterioro cognitivo son factores negativos para el control de sus impulsos. Con los datos de que disponemos sería muy favorable que se sometiera a tratamiento de deshabituación alcohólica, con el tratamiento médico complementario que fuera necesario.

#### CASO n° 4, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* A. denunció a su marido F. por malos tratos psíquicos a lo largo de sus más de 30 años de matrimonio. Se ha decidido ahora porque, según manifiesta, acaba de confirmar la sospecha de que su marido es ludópata y ha sacado dinero de sus cuentas bancarias.

*Datos derivados de la entrevista:* el hecho que desencadenó la denuncia fue la muerte de un hijo de 34 años, soltero, en accidente de tráfico. A ambos les correspondió una cantidad importante de dinero por el seguro de vida. A. quiere que ese dinero lo entreguen a su única hija ya casada y con una niña pequeña, ya que cree que es el destino más digno, al proceder de la muerte de su hijo. Por su parte, F. se niega a darle el dinero a la hija y sigue haciendo una vida normal. A. dice que tras dejar la casa y poner la denuncia ha recobrado una gran paz y tranquilidad, aunque sigue triste por la pérdida de su hijo.

*Diagnóstico del agresor:* coincide en el relato realizado por A., aunque para él los casi 40 años de matrimonio han sido un periodo de buena relación hasta el fallecimiento de su hijo. Se muestra también muy afectado por la pérdida y en ocasiones se emociona y llora. Dice que los problemas en el matrimonio han ido empeorando desde que A. puso la denuncia, ya que se fue del piso, se llevó documentos que él también necesitaba, no le coge el teléfono, etc. Reconoce que le dejó algunos mensajes amenazantes, pero dice que eran fruto de la irritación que le produjo su reacción. Actualmente sigue tratamiento

ansiolítico. Insiste en que su tristeza es, sobre todo, por el fallecimiento de su hijo; ha aceptado la ruptura con su mujer. La personalidad de F. se caracteriza por ser una persona seria y confiada, práctica y realista. Muy afectable por los sentimientos; dominante y afectuoso, abierto y participativo. Tendencia a ser tranquilo y poco ansioso. Cierta tendencia a reaccionar de forma inmadura, sobre todo cuando se trata de un tema relacionado con los sentimientos y los afectos.

*Valoración médico-legal:* tanto A. como F. son personas muy sensibles y se afectan mucho por los sentimientos. Ambos tienen un perfil de personalidad dentro de la normalidad y han mantenido una convivencia en equilibrio durante casi 40 años, aunque con algunos problemas por discrepancias matrimoniales, dada su alta sensibilidad, pero sin agresiones físicas. Ambos coinciden en reconocer que el motivo que ha desestabilizado su matrimonio ha sido la muerte de su hijo. Un factor que merece consideración en el presente caso es el hecho de que, por la muerte del hijo, ambos han recibido una indemnización importante; A. ve en ese dinero “el precio de la vida de su hijo” y le gustaría darle una finalidad acorde con el dolor que a ella le ha producido el hecho, donándoselo a su única hija. F. no comparte esta opinión y tiene el propósito de gastarlo en lo que le parezca mejor.

**RECOMENDACIÓN:** este caso se trata más de un conflicto familiar que de un caso típico de violencia familiar. A. ha puesto la denuncia porque considera que está sufriendo por el comportamiento de su esposo. Ambos han manifestado expresamente que la tristeza y ansiedad que en este momento padecen está más en relación con la pérdida del hijo que con las malas relaciones conyugales. Por ello pensamos que se trata de un caso en el que ambos cónyuges, aunque se consume la separación, se beneficiarían de ayuda psicológica que les apoye en el proceso de asimilar la muerte del hijo y asumir la ruptura familiar.



## CASO n° 5, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* primera denuncia en junio de 2002. En noviembre de 2002, nueva agresión con parte de lesiones que recogía hematoma en brazo y síndrome ansioso-depresivo. En dos ocasiones la golpeó, y la última denuncia la puso cuando la intentó asfixiar con un cojín sobre la cama. En otra ocasión, cerró la puerta del cuarto del niño y a ella le golpeó en el baño, intentando apretarle en el cuello, pero consiguió escapar, coger al niño e irse de la casa; después denunció ante la Guardia Civil.

*Datos derivados de la entrevista:* J. se casó cuando tenía 33 años; convivieron durante 14 años sin tener hijos, viajando, saliendo,...Ya casi con 50 años, decidieron adoptar un niño en Perú. Tras la adopción, P. cambió de carácter, tenía episodios explosivos, se ponía nervioso, levantaba la voz y la amenazaba. En el momento actual, su hijo es ya adolescente, pero la situación entre ellos ha empeorado y J. no quiere que le afecte a él, por lo que su decisión de denuncia y separación ha sido firme. El último año J. ha estado en tratamiento por un cuadro ansioso-depresivo, con el correspondiente tratamiento farmacológico (mirtazapina, venlafaxina, alprazolam y lormetazepam). Refiere encontrarse mal, triste y sin ánimo; duerme poco y mal. Manifiesta baja estabilidad emocional, muy sumisa, baja tolerancia a la frustración, baja afectividad, poco activa, aprensiva y preocupada, manipuladora, en conflicto consigo misma, muy independiente, con dificultad para acoplarse al grupo y alta tendencia a experimentar ansiedad. P. confirma todos los datos, pero no reconoce haberla maltratado seriamente; dice que han tenido alguna discusión, pero que el gran problema han sido las circunstancias de las depresiones de J. influidas por sus problemas con su madre, por su deseo de tener hijos y el largo proceso de adopción y, finalmente, al tener al niño, el tener que adaptarse a las nuevas circunstancias. También él sigue tratamiento psiquiátrico, que es actualmente antidepresivo e hipnótico (paroxetina y lorazepam). Por lo demás, dice que duerme bien y se encuentra bien de ánimo. Su personalidad queda definida por aparecer como un hombre muy sensible y afectable por los sentimientos, lo que utiliza en ocasiones para

conseguir lo que quiere, suspicaz y desconfiado, poco abierto a experiencias nuevas, independiente, y nivel medio en ansiedad.

*Valoración médico-legal:* J. es una mujer de personalidad muy frágil que padece un “Trastorno Adaptativo mixto ansioso-depresivo”. Por su parte, P. presenta personalidad inmadura y con intolerancia a la frustración, se afecta mucho por los sentimientos; es suspicaz y desconfiado y eso favorece su irritabilidad y reacciones impulsivas. Sus deseos de paternidad estaban fuera de la realidad tras tantos años de matrimonio y unas circunstancias personales lejos de la adecuada salud mental para ello. El duro proceso de adopción y las exigencias posteriores de adaptarse a un niño con problemas de salud fueron para ellos un obstáculo superior a su resistencia psicofísica. La desestabilización se ha manifestado con conductas de agresividad, violencia, depresión y alto nivel de ansiedad. La separación ha sido la consecuencia. En el momento actual ambos necesitan de tratamiento integral que englobe los aspectos psicofísicos y la dinámica de relación entre ambos y el hijo.

#### CASO n° 6, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* denuncia por malos tratos a lo largo de más de 40 años de matrimonio.

*Datos derivados de la entrevista:* F. fue educada por su abuela, que le transmitió mucha autoexigencia personal y un gran respeto por las formas sociales. Cuando volvió junto a sus padres, vivió un clima familiar de violencia y agresiones ocasionales. Refiere haber sido víctima de un abuso sexual por parte de su padre. De sus antecedentes personales destacan mareos con caídas, quistes mamarios dolorosos que requieren punciones periódicas para extracción del líquido, pólipos intestinales, de los que ha sido intervenida quirúrgicamente después de numerosas endoscopias con hemicolectomía, hernia digestiva recién intervenida, metrorragias que han requerido legrado, gonartrosis derecha que precisa prótesis. Actualmente padece una lesión de hombro, secundaria a una agresión de M. (puñetazo en el brazo), pendiente de

decisión quirúrgica. M. la agredió poco tiempo después de la boda, y casi siempre que consumía alcohol. Cuando su hijo mayor tenía unos 17 años la acompañó por primera vez a Urgencias y se dio ya cuenta de que su padre maltrataba a su madre, aunque ella decía que las lesiones se las había hecho al caerse. Hace unos 18 años, el médico le recetó antidepresivos y ella se tomó varios con la idea de suicidarse, pero su hijo la llevó a Urgencias. Esta situación familiar avergonzaba a sus hijos y ella veía que procuraban alejarse del problema, por lo que intentaba aparentar que todo iba bien. La última agresión se produjo cuando estaba convaleciente de la intervención de hernia, le golpeó en el brazo, y le produjo la lesión que aún mantiene; el médico le preguntó si había sido su marido y ante la respuesta afirmativa, puso parte de lesiones. Llamaron a M. al juzgado y desde entonces, hace aproximadamente un año, ya no le ha vuelto a pegar, pero sí la insulta y le dice que la odia, la llama loca y la amenaza. Por su parte, M. aparece en la entrevista callado, reticente y con gesto de disgusto; se percibe que está afectado por la situación familiar; manifiesta no sentir afecto por su esposa, a la que ve como fuente de conflictos, indicando que todo el vecindario conoce sus problemas por las peleas y los insultos a voz en grito. Reconoce que en ocasiones bebe, y hacia su mujer tiene una actitud despectiva refiriendo que de todo hace un problema y que siempre ha intentado controlarlo por lo que pasa el menor tiempo posible en su casa. Su personalidad manifiesta: buen nivel de afectividad. Baja estabilidad emocional, poca tolerancia a la frustración, inmaduro, afronta mal la realidad. Dominante, independiente, agresivo y autoritario. Poco exigente consigo mismo y poco respetuoso con las normas sociales. Desconfiado y suspicaz, difícil de engañar. Manipulador y astuto. Tendencia a ser aprensivo y preocuparse de las cosas. Independiente y con bajo nivel de tensión emocional y ansiedad.

*Valoración médico-legal:* ambos tienen una gran inestabilidad emocional y muy poca tolerancia a la frustración, son egocéntricos y poco realistas. Los dos son muy suspicaces y desconfiados y con alto nivel de astucia con intención de dar buena imagen. Ella es autoexigente, dominada por el sentido del deber y muy responsable, mientras que él es poco responsable y poco exigente consigo mismo respetando poco las normas. Ella tiene tendencia a la fantasía mientras

que él es práctico y rudo. Esta combinación de caracteres plantea un alto riesgo de conflicto en la comunicación y una difícil convivencia, ya que F. tiene una alta preocupación por la imagen social, el orden, la perfección, el respeto a las normas sociales, mientras que M. no aprecia ni valora estos aspectos de la vida y por lo tanto las tareas de la casa en las que ella se esmera y por las que espera reconocimiento. El ser ambos muy inestables emocionalmente hace que reaccionen ante los problemas con mucha afectación sentimental, gritos, llanto, insultos y que den mucha importancia a cosas menores. El hecho de que él haya ingerido alcohol ha podido agravar estas discusiones y altercados. Es altamente probable que desde el principio de su relación él no estuviera a la altura de las ilusiones que ella se había hecho al respecto. El que en ocasiones M. bebiera en exceso, nos lleva a considerar altamente probable que agrediera físicamente a su esposa, junto a un trato verbal también violento. Este caso de relación matrimonial no tiene solución positiva en lo que se refiere a una posible reconciliación, ni modificación de la convivencia. La única solución es la separación de los cónyuges y la organización de la vida de cada uno en su propia casa. F. es una mujer todavía joven y con aptitudes para trabajar en cosas diversas (hacer compañía a una persona mayor, coser, etc.), por ello le iría muy bien una estancia en un Centro de Acogida en el que recibiera un tratamiento de psicoterapia de apoyo y esclarecimiento que la ayudara a comprender y afrontar su situación de ruptura matrimonial y a dirigir su vida hacia la búsqueda de un trabajo acorde con su edad y su estado de salud. Para ello debería acabar de curarse la artrosis de la rodilla y la lesión del hombro siguiendo las instrucciones de los médicos que la atienden.

#### CASO n°7, GRUPO 2:

*Relación entre víctimas y agresor:* esposa e hijos.

*Hechos que motivan la denuncia:* malos tratos a lo largo del matrimonio.

*Datos derivados de la entrevista:* D. bebía en exceso desde su juventud. Aunque el maltrato existe desde el matrimonio, se ha agravado en los últimos años, con amenazas de muerte y ostentación de arma blanca o de fuego en

alguna ocasión. A. presentó la primera denuncia cuando D. manifestó por primera vez odio, insultos y maltrato hacia sus hijos y especialmente hacia M. A. confía en que si D. deja el alcohol, la familia podría vivir felizmente. En la personalidad de A. predomina la preocupación por la imagen social, máximo nivel de afectación por los sentimientos, alta tendencia a culpabilizarse, buena autoestima y tendencia a la fantasía con bajo sentido de realidad. Por su parte, D. es despreocupado por la imagen y reglas sociales, muy afectable, sensible y fantasioso, egocéntrico, dependiente y con tendencia a la tristeza con ansiedad e inmadurez ante las situaciones. Esta personalidad lleva, con frecuencia, al consumo de alcohol, porque le quita la ansiedad y le da seguridad en sí mismo, llevándolo a creer que su mundo fantástico se va a hacer realidad.

*Valoración médico-legal:* A. lleva más de 35 años soportando el alcoholismo de su esposo, así como los malos tratos verbales y físicos que derivan de esta situación. Aunque no ha perdido la esperanza de que cambie, es poco probable que esto ocurra, máxime si no se pone en tratamiento médico. La situación le afecta y en el momento actual manifiesta muy mala salud psicofísica. Mantiene tratamiento ansiolítico y antidepresivo y, aún así, manifiesta síntomas importantes depresivo-ansiosos.

**NIVEL DE PELIGROSIDAD Y RIESGO PARA LA VÍCTIMA:** D. puede ser peligroso para su esposa si sigue bebiendo alcohol, si continúa la convivencia y, sobre todo, si maneja armas. Ante un ataque físico, la víctima podría defenderse del alcohólico puesto que la persona embriagada tiene poca estabilidad y fuerza física; sin embargo, el manejo de armas blancas o de fuego sí es un peligro real. Como recomendación judicial, una solución para este caso de violencia familiar sólo sería posible en el caso de que D. se sometiera a tratamiento de deshabitación, en un centro adecuado y sabiendo que es una condición imprescindible, desde un punto de vista judicial. Según el resultado de este tratamiento se podría valorar la convivencia futura. La separación matrimonial, si ambos cónyuges siguieran viviendo en el mismo pueblo, no solucionaría el problema del riesgo de agresiones sobre A.

## CASO n° 8, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* M. ha denunciado a su esposo A. por maltrato físico y psíquico continuado a lo largo de más de 40 años de vida matrimonial. Tras poner la denuncia M. ha abandonado el domicilio familiar y se ha refugiado en una casa de acogida, aconsejada por el Centro de la Mujer.

*Datos derivados de la entrevista:* M. refiere que A. ya durante el noviazgo era celoso, pero no le pegó hasta después de casados. Dice que no es ni bebedor ni jugador, pero sí mala persona; la obligó a romper con su familia y la aisló de todo lo que conocía antes de casarse con él. M. ha hecho tres intentos de suicidio, uno hace 32 años, se tiró por el balcón, aunque sólo se produjo fracturas; los otros dos, tomando medicamentos. Refiere que su vida era llorar y trabajar. Le denunció en tres o cuatro ocasiones, la primera vez hace más de 30 años, pero siempre retiraba estas denuncias. En esta ocasión está decidida a mantener la denuncia y a que reciba el castigo que merece. Su personalidad se caracteriza por baja estabilidad emocional, tendencia a culpabilizarse, muy preocupada por la imagen social, sumisa, alto sentido de realidad, desconfiada, franca, abierta a experiencias nuevas y con tendencia a experimentar ansiedad. A. aparece con sentimiento de injusticia porque considera que M. ha exagerado los hechos y ahora todos piensan que es un maltratador. Está disgustado con ella por haberlo abandonado y manifiesta interés por localizarla, expresando rabia y, en ocasiones, intentando dar imagen de resarcirla y disculparse (no aparece muy sincero). Su personalidad manifiesta alta puntuación en distorsión motivacional, lo que indica clara actitud de “dar buena imagen” ante nosotros, pero con baja sinceridad. Se manifiesta orgulloso, con buena imagen de sí mismo, dominante e impulsivo. Culpa a sus hijos de haber alentado a M. a abandonar el hogar, aparece sorprendido de que haya sido capaz de tomar esta determinación porque no la considera con nivel ni cualidades suficientes como para valerse por sí misma sin él. *Valoración médico-legal:* M. ha pasado 44 años junto a un marido celoso, dominante, que la ha insultado, despreciado y maltratado físicamente. Ella ha sobrellevado esa situación, a la que estaba adaptada. Su inestabilidad emocional y su facilidad para afectarse por los sentimientos y vivir con dramatismo los acontecimientos

le han hecho sufrir mucho, lo que explica sus tres intentos de suicidio. Desde que dejó el domicilio y presentó denuncia, está refugiada en una Casa de Acogida. Allí está atendida, la encontramos arreglada y con buen aspecto, tiene una habitación agradable que ella mantiene en perfecto orden, se entretiene con las labores de ganchillo, etc. Sus hijos la visitan ocasionalmente. Su problema actual es la ansiedad que le produce el saber que es muy poco probable que su marido la deje vivir tranquila y se olvide de ella.

**RIESGO PARA LA SEGURIDAD DE LA VÍCTIMA:** en este caso, existe peligro de que A. pueda agredir a M. si tiene la oportunidad de conocer su paradero. Es muy importante tener en cuenta las circunstancias emocionales de este hombre para prescribirle un tratamiento médico que le ayude a afrontar la ruptura de su familia, la denuncia, el juicio,...Con esta ayuda médica se pueden evitar los problemas enunciados. A. reúne rasgos de personalidad que le hacen ser impulsivo, orgulloso, rencoroso, dominante y, en este momento con alto nivel de ansiedad y tensión emocional. Por ello hemos indicado la necesidad de tratamiento ansiolítico y de apoyo psicoterapéutico. Es un caso en el que está indicada la separación. Los hijos tienen un papel importante en el apoyo hacia sus padres.

#### CASO n°9, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio que lleva cinco años separado.  
*Hechos que motivan la denuncia:* F. ha sido denunciado por su esposa A. porque, aunque llevan cinco años separados, él continúa llamándola y ha intentado atropellarla subiendo el coche en la acera por la que ella paseaba con unas amigas.

*Datos derivados de la entrevista:* A. refiere que toda su vida ha hecho lo que él ha querido. En ocasiones llegó a pegarle, recordando especialmente cuatro de ellas, en que rompió algún objeto. En los últimos años, ella ha entablado amistad con algunas vecinas y le gusta salir a andar y tener cierta independencia, se ha dado cuenta de que F. no la trataba bien y de que está más a gusto sin él, por ello se ha enfrentado a él, hasta decidir separarse. Ya

hace cinco años que se fue con su hija a vivir a otra casa. F. no ha aceptado la separación, la llama, le insiste en reconciliarse, le hace promesas de cambio. Hace unas semanas cuando ella paseaba con unas amigas F. apareció con su coche y se subió en la acera causándoles un gran susto. El juez lo envió a prisión. A. manifiesta una personalidad caracterizada por una alta afectividad, buena estabilidad emocional, poco afectable, madura, muy sumisa, tímida, muy respetuosa con las normas y preocupada por la imagen social, buena autoestima y con baja ansiedad. F. manifiesta que conoció a A. cuando eran muy jóvenes y se enamoró de ella, sentimiento que ha permanecido hasta época muy reciente y del que aún quedan rastros (lleva su retrato en la cartera y reconoce que hasta hace muy poco su ilusión era rehacer su matrimonio). Él se presenta como un hombre trabajador, serio, pendiente de su familia, sin vida social. Sólo bebe con las comidas, pero reconoce que el alcohol no le sienta bien y si se excede se muestra agresivo; asocia estas ocasiones a las agresiones denunciadas por su exmujer. La experiencia de la cárcel ha sido para él un drama, porque era una persona de vida ordenada y no pensaba que iría nunca a ese lugar. El episodio que lo ha traído a la cárcel (intentar atropellar con su coche a A. y a dos amigas que la acompañaban) lo califica como “una jaimitada”, dice que sólo intentó asustarlas; lo asocia a que había tomado una copa de coñac esa mañana. El tiempo que ha pasado en la cárcel le ha hecho ver que la opinión social ha cambiado radicalmente en lo que se refiere a la importancia de las mujeres y a la igualdad con la que hay que tratarlas. Es consciente de que estos cuatro años en los que ha intentado que A. vuelva con él, con llamadas, con intentos de acercarse a ella, con amenazas, cuando veía que no le hacía caso, etc. han contribuido a que A. pierda totalmente el cariño y a que su decisión de dejarlo se haya hecho totalmente firme. Aunque le duele, ha acabado por aceptarlo. El estudio de su personalidad muestra a un hombre muy afectuoso, abierto, sensible, muy sumiso y confiado, manifiesta dependencia y necesidad de su familia. Muy preocupado por las formas y la imagen social. Aunque está triste por su situación, no presenta rasgos depresivos y se ilusiona ante el proyecto de salir y organizar su vida aceptando su ruptura familiar.



*Valoración médico-legal:* este es un caso de violencia familiar, pero de resolución favorable. Los rasgos de personalidad de ambos están dentro de la normalidad. Se trata de un matrimonio, en cuya relación el marido se ha manifestado como un hombre dependiente de su esposa, pero dentro de un patrón masculino de dominancia, control y organización de la vida familiar, con ocasionales y puntuales agresiones. La esposa ha evolucionado con la edad hacia una pérdida de afecto y hacia una actitud de autosuficiencia e independencia que ha provocado enfrentamientos entre ambos, acabando en denuncia por maltrato hacia el marido y en la separación matrimonial, hace cinco años. El intento de homicidio por atropello lo ha llevado a prisión, lo que ha tenido fuerte efecto sobre F. trayéndolo a su realidad actual. Todas estas razones están a favor de que hay una probabilidad muy alta de que F. no vuelva a molestar ni a intentar agredir a A. Su respeto por las normas sociales hace esperar que siga las decisiones que el Sr. Juez le imponga, por lo que es importante advertirle sobre el riesgo que para él tiene el consumo excesivo de alcohol, lo cual debe evitar.

Si en este caso se hubiera identificado en su momento la situación del matrimonio, el apoyo terapéutico “de esclarecimiento” de la situación y probablemente un ansiolítico suave, hubiera evitado los problemas que estas personas han vivido.

#### CASO n° 10, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* R. ha denunciado a su esposo J. por malos tratos continuados. Continúan compartiendo el domicilio, aunque R. procura no coincidir con él.

*Datos derivados de la entrevista:* Refiere R. y lo atestigua su hija, que J. ha sido siempre celoso. Además, J. bebe en exceso lo que agrava sus sospechas y sus agresiones verbales y en ocasiones físicas. Se queja de que, para no darle motivos, apenas salía de casa. Recientemente, R. lo ha denunciado por maltrato continuado y ha pedido la separación, pero J. se niega a irse de la casa y amenaza con prenderle fuego con ella dentro. La personalidad de R. se

caracteriza por baja estabilidad emocional y afectividad, baja autoexigencia y preocupación por las formas sociales, es desconfiada, independiente, franca y con cierta tendencia a la fantasía y a experimentar ansiedad. En este momento está en tratamiento ansiolítico y antidepresivo, pero su situación actual es mala, porque el matrimonio sigue conviviendo y ya se ha producido la denuncia y la demanda de separación. Se dan las circunstancias en las que el agresor puede ser más peligroso. Por su parte, J. no reconoce que se haya portado mal con su esposa. Critica a sus hijos por darle la razón a la madre. Reconoce que bebe, pero justifica que no le sienta mal y que no es tanto como dicen. Reitera que está en su casa y que no se piensa ir, y se muestra reticente contra los aspectos judiciales del caso. Su personalidad muestra puntuaciones altas en autosuficiencia, orgullo, dominancia, desconfiado y suspicaz, impulsivo e inestable emocionalmente, con alta tendencia a experimentar ansiedad. *Valoración médico-legal:* estamos ante una relación matrimonial de 44 años de duración que ha mantenido un patrón acorde con el modelo de hombre dominante, que en este caso, además, padece una predisposición paranoide y concretamente celotípica, que probablemente ha aumentado con el consumo crónico de alcohol y con la edad. En el momento actual puede existir riesgo para la seguridad de R. Probablemente, J. necesite tratamiento médico. Estaría indicada la deshabituación del alcohol, apoyo psicoterapéutico para superar la separación y ruptura familiar y el control de su cuadro paranoide. Como recomendación judicial estaría la obligación a someterse a tratamiento médico. Igualmente, es importante que se produzca la separación, por la seguridad de R., y que los hijos se comprometan en el seguimiento del proceso para prestar a ambos el apoyo que necesitan en este momento de sus vidas.

#### CASO n° 11, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Hechos que motivan la denuncia:* L. ha denunciado a su esposo F. por maltrato continuado a lo largo de más de 44 años de matrimonio. Actualmente mantienen la convivencia aunque con amenazas por parte de F.

*Datos derivados de la entrevista:* Los hijos de L. corroboran que desde niños han presenciado la situación de maltrato y violencia soportada por su madre. Nos refiere L. que F., durante su noviazgo, de casi ocho años, ya bebía en la

comida, además de las copas con los amigos; ya era celoso y se disgustaba por cosas menores, pero no le pegó. Todo el comportamiento agresivo de F. está en relación con el consumo de alcohol etílico. La primera paliza la recuerda estando embarazada de su primera hija (llegó de madrugada, bebido, la sacó de la cama y le pegó hasta dejarla en el suelo, casi sin conocimiento). Desde que se jubiló, el tema ha empeorado porque pasa más tiempo en la casa, bebe más y se manifiesta más agresivo. La denuncia se ha producido porque ese día, a parte de los insultos habituales, sacó una navaja y amenazó a L. con matarla, estando presente una hija, que fue inmediatamente a denunciarlo; esta hija se ha sumado a la denuncia de su madre contra su padre, al sentirse también ella víctima de insultos y violencia psíquica, por ello el padre también la trata con desprecio y le dirige miradas agresivas. F. se presenta serio, con olor a alcohol, apareciendo aseado y correcto, mostrando desconfianza. La personalidad de L. se caracteriza por ser muy autosuficiente, segura de sí misma y con recursos para solucionar sus problemas. Tiene buena imagen de sí misma. Baja afectividad, se muestra seria, prudente, reservada e introvertida. Toma benzodiazepinas por la noche para dormir.

*Valoración médico-legal:* L. ha padecido agresiones físicas esporádicas, junto a violencia psíquica continuada y consistente en actitud celosa y controladora, y en graves insultos contra su honestidad y su dignidad personal, por parte de su esposo F., a lo largo de más de 40 años. Este ambiente la ha ido retrayendo sobre sí misma, su casa y sus hijos, y le ha producido tristeza, pérdida de ilusiones y sentimiento de víctima que ha aceptado por su fe religiosa y su amor a sus hijos y nietos, pero con profundo sentimiento de “mujer desgraciada”. Esta imagen la han percibido sus hijos y, sobre todo S., produciéndole, también, tristeza y desánimo. En los dos últimos años la situación se ha agravado. Sus rasgos paranoides, puestos de manifiesto en la entrevista, se han incrementado y en este momento suponen un riesgo para la integridad física de su esposa, ya que se siente rechazado, criticado y denunciado ante el Juez. También se percibe un cierto nivel de deterioro que se manifiesta por una dificultad de comprensión y de memoria. En el momento actual estaría indicada la medida de tratamiento compulsivo de deshabitación alcohólica y aprovechar la ocasión para una exploración médica más completa y control del deterioro cognitivo. Por su parte, L. necesita tratamiento para su

cuadro ansioso-depresivo, aunque la separación matrimonial probablemente le proporcione tranquilidad y mejoría espontánea. Se deben tomar las medidas adecuadas de protección. Cuenta para ello con el apoyo de sus hijos.

#### CASO n° 12, GRUPO 2:

*Relación entre víctima y agresor:* matrimonio.

*Datos derivados de la entrevista:* en ambas entrevistas se presenta aseado, correcto y afable. Sin embargo, en la segunda entrevista aparece algo más descuidado y con mayor nivel de tristeza y de ansiedad, llorando con más frecuencia que en la primera exploración. Hace un relato completo, coherente y plagado de fechas, lugares y detalles, a través del cual resume toda su vida. A. se casó en segundas nupcias con C., según refiere porque se quedó impresionado por su belleza, pero consideraba que era algo vulgar y que tenía un carácter fuerte (“discutía por cualquier cosa”). Refiere no haberle pegado antes, sólo empujarla ante su actitud amenazante. Reconoce que tenían en común ser presumidos y algo vanidosos, les gustaba a ambos arreglarse mucho y tener ropa bonita. Hace unos 12 años empezó a rechazarlo físicamente y se negó a mantener relaciones íntimas con él, por ello discutieron dos o tres veces; había leído que era un delito la violación de la esposa, así que lo aceptó sin convertirlo en un drama. Eso le dio sensación de alejamiento afectivo. Refiere que a ella le disgustaba su amor hacia los animales y relata que el motivo de la discusión fue ese: indica que él se encontraba en el patio, junto a la piscina, dando un masaje al perro. C. se acercó al perro, lo empujó y lo tiró al agua...mientras decía “puto perro”. A. llora en esta parte del relato. Vio que el perro echaba espuma por la boca (“porque estoy seguro de que le estaba echando algo para envenenarlo desde algún tiempo atrás”), y vio que no nadaba, que se ahogaba. En ese momento sólo veía que el perro se moría y que ella lo había matado, y con rabia la empujó a ella a la piscina, que intentó nadar, y, con un trozo de tubo que había, la golpeó, viendo que se quedaba en la piscina, muerta como el perro. A lo largo del relato se emociona y llora, pero el llanto se hace más patente cuando habla del perro y de su muerte que cuando habla de la muerte de C. No sabe explicar por qué reaccionó así y se avergüenza de ser un criminal.

En la documentación médica aportada se recoge una 1ª consulta por pérdida de memoria hace unos años. TAC con moderada atrofia subcortical. Se le prescribieron vasodilatadores. Tres años después, estudio con SPECT cerebral, que confirma moderado deterioro cerebral. Los trastornos del sueño o la mayor dificultad para concentrarse, o incluso la aparición de un ligero temblor en las manos solía estar en relación con etapas en que sufría un estado de ánimo depresivo, por lo que se le prescribió fluoxetina. Se añadió tratamiento procolinérgico (donepezilo) y dos años después, tras su última revisión, se comprobó que su cuadro de demencia se mantenía en un estadio moderado.

En la segunda entrevista, el relato es coincidente; aparece más triste y con menos interés por su aspecto personal. En la exploración se pone de manifiesto un estado depresivo y una pérdida de esperanza y de ilusiones con respecto a su futuro.

La exploración psicopatológica muestra: un hombre en el que predomina su respeto por las normas sociales. Autoexigente y preocupado por su imagen social, buena autoestima. Autosuficiente, muy sensible, afectable por los sentimientos, imaginativo y con actitud de negación de lo negativo. Esto ha favorecido una reacción vivencial anormal, frente a un hecho (la agresión al perro) que lo ha llevado a una respuesta desproporcionada, con la agresión mortal hacia su esposa.

**RECOMENDACIÓN JUDICIAL:** Cuando ocurrieron los hechos, A. padecía una demencia leve que pudo afectarle la capacidad comprensiva, aunque dentro de límites poco significativos; fue más importante la alteración afectiva; el altísimo cariño por su perro al que vio agredido le hizo percibir la muerte del perro como una circunstancia de gravedad similar o superior a la muerte de C. Desde un punto de vista psicopatológico pensamos que el estímulo constituido por la forma en que el perro murió y la propia muerte de éste, pudo originar en A. una situación anímica en la que la imputabilidad de su conducta agresiva estuvo disminuida.

## **DISCUSIÓN GRUPO 2**

Hemos contado con 12 casos en este grupo. Todos ellos son matrimonios en los que la media de convivencia ha sido de 40 años. Sólo en un caso la agresión se ha producido cinco años después de la separación.

El agresor había sido bebedor excesivo de larga data en 6 de los 12 casos.

Las conductas agresivas y las denuncias han sido:

- Insultos, humillaciones, maltrato psíquico: 10 casos.
- Agresiones físicas, golpes, empujones: 5 casos.
- Amenaza con arma blanca: 3 casos.
- Agresión sexual: un caso.
- Agresión con resultado de muerte: un caso.

En 6 de los 12 casos, además de la denuncia por malos tratos se produce simultáneamente la demanda de separación. En un caso, ya llevaban separados 5 años. En los cuatro casos restantes, siguen conviviendo a pesar de la denuncia.

Medidas judiciales: en 3 casos se había producido, como medida judicial inicial, prisión preventiva. En otro caso, alejamiento, que el agresor incumplía. Sólo en un caso la víctima se encontraba en una Casa de Acogida.

Los perfiles de personalidad de las víctimas han resultado muy variados. Destacan únicamente algunos rasgos que se repiten más, como ser afectable por los sentimientos, de baja estabilidad emocional y preocupada por la imagen social, así como presentar abnegación y aceptación del patrón cultural.

Con respecto a los agresores, también llama la atención la variabilidad en los rasgos de personalidad que presentan. Es significativo que en 6 de los 12 casos eran varones muy inestables emocionalmente. En 5 casos destaca como rasgo el ser suspicaz y desconfiado, mientras que en 4 casos se trata de un sujeto dominante, controlador, autoritario, orgulloso. Solamente presentaban un alto nivel de ansiedad 3 de los 12 agresores, pero esta característica incrementa de forma considerable su peligrosidad. En algunos casos se trata

de personas poco respetuosas con las normas, mientras que en otros, por el contrario, están muy preocupados por las normas y la imagen social.

Entre las recomendaciones médico-legales, la separación se prevé beneficiosa en 7 casos; en otros, no soluciona el conflicto y hay un caso en que no es necesaria. Es imprescindible la terapia de deshabitación alcohólica en al menos 5 casos, siendo recomendable en los otros 2. Hay 4 casos en los que se recomienda la obligación judicial de someterse a tratamiento médico, por presentar el agresor ideación delirante o deterioro cognitivo. En cuanto a la recomendación de recibir psicoterapia para asumir la separación, es una medida favorable en 3 de los 12 casos. Encontramos un caso también en que la resolución del problema pasaría por recibir psicoterapia ambos. En uno de estos 12 casos la víctima precisa de un Centro de Acogida donde no pueda ser localizada.

### **GRUPO 3. MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POR PARTE DEL MARIDO Y DE LOS HIJOS**

#### CASO n° 1, GRUPO 3:

*Relación entre víctima y agresores:* esposo e hijos de la víctima.

*Hechos que motivan la denuncia:* I. ha denunciado por maltrato psíquico (insultos, amenazas,...) y físico a su esposo como consecuencia de haber donado alguna de sus propiedades a la menor de sus hijas (MJ). También han contribuido al maltrato los otros hijos, en desacuerdo con su decisión.

*Datos derivados de la entrevista:* I. aparece como una mujer muy lúcida, con muy buena memoria, pero en una actitud de suspicacia, relatando con gran verborrea toda una serie de agravios de los que ha sido objeto por parte de su esposo e hijos. La relación entre ella y su hija menor fue siempre muy especial. Hace unos 10 años, al independizarse los otros hijos, I. se quedó sola con MJ, ya que incluso su esposo la dejó y se fue a vivir con uno de sus hijos. Ante esa circunstancia nos dice I. que decidió donarle a MJ el coche y el piso de la

playa. Al enterarse los otros hijos han llegado incluso a maltratarla físicamente e igualmente su esposo.

*Valoración médico-legal:* se trata de un conflicto familiar, no de un caso de violencia habitual y continuada en el tiempo. Parece ser que cuando sus hijos se han hecho mayores y se han independizado ella ha reaccionado de una manera desadaptada y con conflictos tanto con ellos como con su esposo, puntualizados ahora por el problema económico. Al poner la denuncia en los términos de maltrato, el Juez ha determinado alejamiento del esposo y los hijos, lo cual ahora hace imposible que se comuniquen y puedan solucionar el problema. El caso no cumpliría los criterios de violencia familiar, sino los de un conflicto familiar mal resuelto. Dos son los problemas más importantes:

- Denuncia por malos tratos de la víctima contra el esposo y algunos de sus hijos: este es un problema judicial que parece haber sido puntual y aislado y que no se corresponde con malos tratos habituales.
- Motivo: haber donado a la hija menor algunas propiedades: este es un problema legal. Si es voluntad de la madre y puede hacerlo legalmente, se debería respetar su voluntad. I. no parece reunir los requisitos para su incapacitación (que ha sido solicitada por esposo e hijos), ya que tiene un nivel de comprensión, juicio y razonamiento adecuados; también su capacidad de decidir está íntegra. Por ello insistimos en el respeto a su voluntad respecto a la disposición de sus bienes. Su posición económica es desahogada, por ello se debe organizar una asistencia continua por parte de una cuidadora que se ocupe de las necesidades de I. Entendemos que al ser MJ la hija que tiene mejor relación con ella y la más favorecida económicamente, sería la indicada para asumir estas responsabilidades.
- En este caso no existe riesgo para la seguridad e integridad psicofísica de I., por parte de su familia.

### CASO n° 2, GRUPO 3:

*Relación entre víctima y agresores:* esposo e hijo mayor.

*Hechos que motivan la denuncia:* M. refiere que se casó con F. sin conocerle bien; manifiesta un profundo cansancio vital y gran desánimo ante una



situación familiar muy penosa que arrastra desde siempre. Su hijo F. es alcohólico y lo describe como peligroso, porque llega a la casa bebido, se pelea con sus hermanos, los amenaza, y en ocasiones los ha agredido. En este momento, este hijo de M. le preocupa tanto o más que su propio marido, porque la ha llegado a amenazar con arma blanca. Todos los hijos que están presentes en la entrevista corroboran lo que dice su madre. M. describe a su esposo como egoísta, débil, agresivo y bebedor habitual. Refiere que comenzó a maltratarla verbalmente inmediatamente después del matrimonio, por lo más mínimo, porque no le gustaba la comida, porque no le daba dinero,...refiere también abuso sexual. M. ha puesto 4 ó 5 denuncias, la 1ª hace unos 14 años después de que le diera una paliza, pero nos dice que no hicieron mucho caso, la última la puso hace un año, también por malos tratos, ésta ha motivado la intervención judicial y está en marcha su separación matrimonial. El juez ha decidido que F. deje la casa, pero él no lo ha cumplido, ya que dice que la casa la ganó él trabajando y que ellos son su familia.

*Datos derivados de la entrevista:* la personalidad de M. está dentro de la normalidad y queda definida por los siguientes rasgos: es sensible, se afecta por los sentimientos, es inmadura y con baja estabilidad emocional. Es una persona tranquila y sosegada con baja tendencia a experimentar ansiedad, lo que le ayuda a soportar su situación. Su estado general de salud psicofísica no es bueno. Necesita una valoración médico-psiquiátrica y tratamiento especializado dada su situación familiar actual y los cambios a los que se enfrenta. En cuanto a F., se manifiesta indiferente y despreocupado del tema. Cuando le preguntamos por los problemas de su casa nos dice que se deben a que tienen muchos hijos. Su actitud es superficial, inmadura y casi infantil intentando dar buena impresión recitando poesías; intenta transmitir que se encuentra muy bien y que todo va bien. Manifiesta baja afectividad, despreocupado de las normas, autoconflictivo, poco integrado y muy independiente. Cierta nivel de impulsividad y dominancia y máximo nivel en suspicacia y autorreferencia. De estos datos, destaca su nivel de suspicacia, lo cual puede convertirlo en un serio peligro para su esposa, ya que puede elaborar ideas de celos o de perjuicio y agredirla gravemente. No se encuentra

muy tenso ni ansioso, pero el alcohol puede producirle una desinhibición impulsiva que desemboque en una agresión.

*Valoración médico-legal:* es un caso de difícil solución, ya que aunque se solucionara el problema conyugal, con la separación matrimonial y las medidas de tratamiento para F., seguiría siendo un problema y una amenaza la permanencia en el domicilio del hijo mayor, de conductas similares a las de su padre. La recomendación judicial sería imponer a F. como medida de tratamiento la deshabituación del alcohol y que se consuma la separación y el abandono de F. del domicilio familiar. Esta familia necesitaría un seguimiento psicosocial dados los importantes problemas que sobrelleva, fundamentalmente M.

#### **GRUPO 4. PERSONAS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA ECONÓMICA**

##### CASO n° 1, GRUPO 4:

*Relación entre víctima y agresora:* convivientes.

*Hechos que motivan la denuncia:* F. (separada, madre de un hijo) entró al servicio de C., que tenía 74 años de edad, iniciando casi de inmediato una relación sentimental. F. ha denunciado a C. por abusos sexuales hacia su hijo M., de 6 años de edad.

*Datos derivados de la entrevista:* la convivencia entre F. y C. ha ido bien durante casi cinco años; éste siempre ha tratado bien a M., con el que jugaba y al que trataba como a un hijo, de forma que el niño también lo quiere mucho. También se ha portado bien con ella y con su familia cuando han venido de Marruecos en vacaciones, firmando incluso el documento notarial de invitación a los mismos para que vinieran en concepto de vacaciones a su casa. Dice F. que hace unos meses empezaron a discutir y que C., a veces se iba a casa de su hermana por un tiempo. Al parecer estas desavenencias se acentuaron y él le dijo que se fuera de la casa. La reacción de F. ha sido denunciar a C. indicando: “Yo sospecho que puede ser que C. le haya hecho algo a M. porque se quedaba muchas veces con él solo, o jugaban en el cuarto con la puerta cerrada...no digo que lo haya hecho, digo que puede ser y por eso me

preocupa y para eso está la Justicia”. M. refiere que, aunque sus padres están separados, él ve a su padre a menudo porque trabaja cerca de la casa en la que vive su madre con C.; sabe que C. es el compañero de su madre, y se traslucen que le tiene afecto. Refiere que C. no le ha hecho daño ni cosas malas; también dice “...es un viejo, ahora se ha ido con su hermana porque mi madre lo iba a matar y le dijo que se fuera”. Al preguntarle por qué dice esto, refiere que su madre tenía un cuchillo en la mano y le decía que se fuera. C. nos dice que era soltero, se encontraba solo y contrató a F. para el servicio doméstico, a las pocas semanas se instaló en su casa con su hijo menor, y seguidamente comenzaron a dormir juntos y a mantener relaciones. Así convivieron unos 4 años, pero poco a poco la relación empeoró, hasta desembocar en la denuncia. Refiere que ella quería llevar el control del dinero y que pusiera la casa a su nombre. Cuenta también que, al negarse, empezó a dejar de hacerle la comida, hasta que en una discusión le amenazó con un cuchillo para que se fuera él. Así lo hizo, pero lo que no sospechaba es que llegara tan lejos, con la denuncia de abuso sobre el niño. Manifiesta tristeza, desengaño y temor ante los próximos años, cuando se encuentre más torpe y necesite ayuda de otras personas, porque ha perdido la confianza. Lloro y dice que duerme mal y está muy preocupado por el tema del Juzgado y por su casa que son los ahorros de su vida.

*Valoración médico-legal:* se trata de un caso en que C. ha sido víctima de una falsa denuncia por parte de una mujer joven que pretende quedarse a vivir en la casa, utilizando la violencia psicológica y las amenazas graves y coacciones contra el mayor. Así lo hacemos constar en el informe judicial, que conmina a F. a dejar el domicilio, a alejarse de C., y a éste le reconoce el derecho a volver a su casa.

#### CASO n° 2, GRUPO 4:

*Solicitud:* Instancia familiar.

*Agresor:* Entidad inmobiliaria.

*Hechos que motivan la denuncia:* C. ha vendido la casa familiar, de gran valor histórico y, sobre todo sentimental, a una inmobiliaria, por un valor muy inferior al de mercado, y sin conocimiento familiar. Los hijos han denunciado el hecho ante el Juzgado y han intentado anular la venta e incapacitar a C.

*Datos derivados de la entrevista:* C. es una mujer de 80 años, vestida de forma modesta (zapatillas, pañuelo en la cabeza, ropa muy usada), lo que contrasta con su nivel social. Se manifiesta ágil y lúcida, con una actitud de aportar documentación que confirme lo que va narrando. Es viuda desde muy joven, tiene dos hijos y una hermana soltera que mantiene con ellos estrecha relación. C. es una mujer independiente que siempre ha querido tener su propio domicilio, se manifiesta muy alejada afectivamente de la familia y muy interesada por el entorno y los acontecimientos culturales. En el último año, C. ha presentado un cambio en su carácter, con desapego afectivo y trato despreciativo hacia sus hijos y hermana, con actitud de contrariarlos; sin que hubiera necesidad económica para ello, se ha ido desprendiendo de objetos familiares, que vende en anticuarios a precios más bajos de su valor. También se ha producido un cambio en su cuidado personal (ha comenzado a vestir ropa pasada de moda, usada, mal conjuntada; ha dejado de cocinar, comiendo un bocadillo en cualquier sitio, defendiendo que el tiempo hay que dedicarlo a cosas importantes,...). En estas circunstancias, una entidad inmobiliaria le ha comprado la casa-palacio familiar, por un precio notablemente inferior a su valor real. En la entrevista, ella reconoce la venta y se siente satisfecha por ello, indicando que prefiere que la tenga la inmobiliaria a que la tenga su familia; no sabe razonar el por qué de su hostilidad hacia sus hijos. Este proceso patológico que venimos describiendo, ha culminado con la venta, a espaldas de sus hijos, de la casa familiar, de gran valor sentimental para sus hijos, por un valor inferior, al menos en un 50% al real, dado que el comprador la ha puesto inmediatamente a la venta en los términos referidos. El cuadro clínico es compatible con una demencia degenerativa primaria, probablemente frontotemporal (también ha manifestado síntomas depresivos hace dos años). Esto coincide con el espíritu de la ley civil, cuando considera la posibilidad de que una persona por razones de trastorno psíquico pueda perder o se afecte su capacidad para administrar sus propios bienes o regir su propia persona.

**RECOMENDACIÓN JUDICIAL:** el informe fundamenta la psicopatología que padece C., la cual justificaría que el contrato de compraventa ha sido nulo. Aparte, en el correspondiente Juzgado de primera Instancia se debe solicitar la Incapacitación de C., esta es una medida protectora para que no tome

decisiones que puedan perjudicar a su persona o a sus bienes. El Juez determinará en la Sentencia según sus circunstancias personales, para que sólo se limiten los actos que no pueda hacer por ella misma. Debe tener el seguimiento médico adecuado para el tratamiento de los síntomas.

#### CASO n° 3, GRUPO 4:

*Solicitud:* Instancia familiar.

*Agresor:* Vecino.

*Hechos que motivan la denuncia:* Compra-venta de una casa en primera línea de playa, colindante con la del comprador, por un precio muy inferior (un 75% menos) a su valor real.

*Datos derivados de la entrevista:* MP es una mujer de 85 años de edad, soltera. Ha sido la menor de 9 hermanos y siempre ha estado sobreprotegida, con una vida organizada por otros, y en actitud inmadura, sumisa y dependiente. Es culta y sus intereses son literarios, musicales, etc., estando alejada de intereses materiales y de la realidad. Vive en su domicilio al cuidado de una asistente interna extranjera, y sus sobrinos se ocupan de que esté bien atendida en todas sus necesidades. El vecino, aprovechando su estancia en la casa de la playa, lejos de sus sobrinos y con una cuidadora suplente que no la conoce, le ha comprado la casa por un precio inferior a su valor real. Es una compra vitalicia, es decir, con “derecho a ocupación”, lo que implica que MP ha interpretado que la casa sigue siendo suya ya que puede utilizarla mientras viva. No conoce la esencia de la operación ni el valor real de la casa, debido al escaso manejo de dinero a gran escala desde hace años (con cambio de moneda incluido). Además, es escasa la apariencia de deterioro cognitivo, lo que no permite al Notario identificar a esta persona como víctima, y hace que admita el consentimiento para la venta exclusivamente por asentimiento. Los sobrinos, al conocer dos años después la operación, intentan anular la venta ante el Juzgado. MP niega haber vendido la casa y se manifiesta muy afectada ante la información que recibe de que eso es así. No puede asegurar cuánto dinero ha recibido por ella. Desde el punto de vista clínico, en el momento actual manifiesta un claro deterioro con episodios de desorientación témporo-espacial; llama a sus hermanos fallecidos creyendo que viven, rechaza y se enfada con su cuidadora a menudo porque no la reconoce,...

*Valoración médico-legal:* desde el punto de vista clínico, en el momento actual se diagnostica un deterioro cognitivo que justifica que MP no está en condiciones de comprender con lucidez y sentido de realidad lo que es más conveniente y favorable para ella en este momento; por ello, sería conveniente designar de entre sus familiares a la persona responsable legalmente (solicitando incluso la incapacitación), para que decida por ella en el futuro con el respaldo legal. Por los datos psicobiográficos obtenidos en la entrevista, y por el estado clínico actual podríamos asegurar con certeza que dos años antes, cuando vendió la casa, no reunía las cualidades mentales (inteligencia, juicio íntegro, comprensión, plena voluntad) como para que este acto fuera válido legalmente. Sin embargo, esto es muy difícil de probar, ya que el comprador alegaría que el acto se hizo ante Notario, el cual pudo comprobar su estado mental. Aún con la certeza de que existió abuso económico, consideramos que impugnar actualmente la venta significaría someter a MP a un penoso proceso que le perjudicaría, por su proceso degenerativo, entendiendo que se le puede dar finalidad al dinero de la venta, que repercuta en sus mejores cuidados, estando en ello de acuerdo sus familiares.

## BIBLIOGRAFÍA CORRESPONDIENTE A LA CASUÍSTICA

- Castellano Arroyo M, Gisbert Grifo MS. Valoración médico-legal del daño psíquico. En Medicina Legal y Toxicología, 6ª ed. Masson. Barcelona 2004.
- Castellano Arroyo M, Villanueva Cañadas E. Aspectos medicolegales de la vejez. Ciencia Forense, 3/2001: 23-40.
- Flores Lozano JA, Aeva Candenias J, García García MC. Malos tratos a los ancianos. Medicina Integral, 1996; 28: 137-142.
- Lázaro del Nogal M. Abuso y malos tratos en el anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P (eds). Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas XI. Madrid. Edimsa. 1995: 155-173.
- Salvat J, Martín J, Vicente S, Muñoz C, Muñoz R. Malos tratos por acción o por omisión a los ancianos. Ciencia Forense, 3/2001: 41-58.

- Salvat J, Muñiz C, Muñoz R. Problemática médicolegal del internamiento no hospitalario del enfermo mental en la provincia de Salamanca (España). Acta Med. Leg. 1992; XLI/I: 295-303.
- Salvat J, Muñiz C, Muñoz R. Problemática médicolegal de los internamientos no hospitalarios del enfermo mental en el Partido Judicial de Ciudad Rodrigo (Salamanca, España) Orfila 1995; 7/II: 401-413.
- Salvat J, Muñiz C, Muñoz R. Problemática médicolegal de los internamientos no hospitalarios del enfermo mental en el Partido Judicial de Vitigudino (Salamanca, España). Acta Med. Leg. 1992; XLI/I: 278-294.
- Salvat J, Muñiz C, Vicente S, Muñoz R. La asistencia sanitaria en centros y residencias de la tercera edad como fuente de responsabilidad profesional médica. Orfila 1995; 7/II.